

UNTERSUCHUNGEN ZUR PHÄNOMENOLOGIE
JUVENILER INSUFFIZIENZSYNDROME

von
Ingrid Wild
aus
Faulbach a/M

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546212_0085

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

UNTERSUCHUNGEN ZUR PHÄNOMENOLOGIE JUVENILER INSUFFIZIENZSYNDROME

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Ingrid Wild
aus
Faulbach a/M

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. R. Baer

Korreferent: Prof. Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 01.12.1980

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
I. Einleitung	1
II. Die Problematik in der neueren Literatur	3
1. Hebephrenie	3
2. "Pfropfpsychosen"	4
3. Autochthone Asthenien	5
4. Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung	7
III. Krankengut und Methodik	12
1. Altersverteilung	13
2. Erstmanifestationsalter der zur Einwei- sung führenden Beschwerden	14
3. Diagnosen - Übersicht und Vergleich mit den Einweisungsdiagnosen	15
4. Psychiatrische Anamnese	17
5. Sozialanamnese	20
IV. Ergebnisse	23
1. Psychopathologische Aspekte	23
2. Soziologische Aspekte	55
3. Versuch einer differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen Hebephrenie, Autoch- thoner Asthenie und Pubertätskrise	71
V. Diskussion	87
VI. Zusammenfassung	102
VII. Literaturverzeichnis	105

I. Einleitung

Die "Minus-Symptome" psychischer Störungen im Jugendalter bereiten uns oft diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten. Aus diesem Grunde soll in einer jugendpsychiatrischen Untersuchung, an der auch noch W. Meyer beteiligt ist, versucht werden, eine Bestandsaufnahme, eine psychopathologische Beschreibung und eine katamnestische Untersuchung durchzuführen. In dieser Arbeit sollen Bestandsaufnahme und psychopathologische Beschreibung vorgelegt werden, während W. Meyer eine katamnestische Untersuchung am gleichen Krankengut durchführt.

Nach wenigen Hinweisen auf die Problematik, wie sie sich in der neueren Literatur darstellt, folgt deshalb eine Beschreibung unserer Methodik und des gesamten Krankengutes.

Aus diesem Krankengut werden dann diejenigen Patienten herausgegriffen, die der Zielrichtung der Untersuchung entsprechen. Sie lassen sich in folgende "Krankheitseinheiten" gruppieren:

1. Hebephrenien, einschließlich ihrer Kombination mit einer Oligophrenie
2. Autochthone Asthenien
3. Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung.

Der klinische Alltag zeigt, daß Patienten sowohl mit der falschen Einweisungsdiagnose einer Hebephrenie

zur psychiatrischen Untersuchung kommen, und die stationäre Abklärung eine Zuordnung zu einer der beiden anderen obengenannten Gruppen erbringt, als daß auch umgekehrt die stationäre Untersuchung eine auswärts nicht vermutete Hebephrenie zutage fördert. Es erscheint deshalb sinnvoll, differentialdiagnostische psychopathologische Kriterien ausführlicher herauszuarbeiten. W. Meyer wird darlegen, ob das diagnostische Vorgehen einer katamnestischen Überprüfung standhält.

Unter Phänomenologie verstehen wir im Sinne von K. Jaspers eine Bestrebung der Psychiatrie, psychische Phänomene aufzudecken und zu beschreiben, wobei auf eine genetische Erklärung oft zunächst verzichtet wird. Vielmehr gilt es, die subjektiven Erscheinungen des kranken Seelenlebens zu erfassen.

Mit dem Begriff der Insuffizienzsyndrome wählten wir einen nosologisch unspezifischen Oberbegriff der oben beschriebenen Störungsgruppen.

II. Die Problematik in der neueren Literatur

1. Hebephrenie

Die Hebephrenie, erstmals 1871 von Hecker beschrieben, von Kraepelin in die Gruppe der Dementia Praecox eingereiht und dann 1911 von E. Bleuler als Untergruppe der Schizophrenie bezeichnet, wird heute sehr zögernd beschrieben. Überblickt man die einzelnen Abhandlungen in modernen Lehrbüchern, so erhält man den Eindruck - wie bei H.J. Weitbrecht formuliert -: "Hebephrenien sind schwer zu beschreiben."

E. Bleuler bezeichnete als Hebephrenien nur "Schizophrenien, die im Jugendalter auftraten und deren oberflächliches Bild durch ein Benehmen gekennzeichnet war, das man grotesk-übersteigertem Unruhe-Verhalten in der Pubertät verglich: geziert-pathetisches oder läppisch-clownartiges oder flegelhaft-enthemmtes Benehmen".

Der Krankheitsbegriff wird heute teilweise für alle Schizophrenien verwandt, die im Jugendalter auftreten, oder man ordnet ihm alle schizophrenen Erkrankungen zu, bei denen man sich unsicher ist, welcher Untergruppe sie angehören. Einigkeit besteht darüber, daß das Verhalten Hebephrener an das Pubertätierender erinnert. Gemütsverödung, Denkzerfahrenheit, psychomotorische Erregung, Wahn und Sinnestäuschung im Ansatz werden allgemein als Symptome beschrieben.

Die Prognose wird häufig als recht ungünstig angesehen. Manche Autoren schreiben, daß die Krankheit entweder in einem Zuge oder in wenigen Schüben in Richtung auf Persönlichkeitszerstörung verläuft.

2. "Pfropfpsychosen"

Psychosen, die kombiniert mit einer Oligophrenie auftreten, wurden oft als "Pfropfpsychosen" bezeichnet. Stutte wies nach, daß das gleichzeitige Auftreten von Schizophrenie und Schwachsinn im Zufallsbereich liegt. K. Schneider bemerkt in seiner klinischen Psychopathologie, daß das Vorliegen von Schwachsinn geradezu gegen die Zyklothymie spricht. Damit werden heute die historischen Meinungsverschiedenheiten über eine gemeinsame genetische Grundlage oder eine manifestationsbegünstigende Wirkung des Schwachsinn von den meisten Psychiatern als gegenstandslos betrachtet und damit die Berechtigung bestritten, z.B. eine Pfropfschizophrenie gegenüber anderen Schizophrenien abzugrenzen.

Strunk gesteht zu, daß sie in ihrer Symptomatik eine gewisse Sonderstellung einnehmen, daß 1. die psychotischen Symptome inhaltsarm und diffus erscheinen, 2. die psychotischen Phänomene keine sichere Zuordnung erlauben, 3. die Anzeichen für eine Entfremdung gegenüber dem Erleben besonders gering sind und 4. die psychotischen Erlebnisse nicht selten den Eindruck erwecken, daß sie Folge der insuffizienten Erlebnisverarbeitung sind.

Vielfach wird nicht genau unterschieden zwischen Schizophrenien und episodischen Erlebnisreaktionen, die in ihren Erscheinungsformen weitgehend ähnlich sein können. K. Schneider hat darauf besonders unter dem Aspekt hingewiesen, daß Schwachsinnige oft nicht fähig sind, zu verbalisieren und daher Gründe und Motive nicht durchschaubar werden. Obwohl Grund und Anlaß eines "Sturmes"

längst beseitigt seien, verharren Oligophrene weiter in ihrem Erregungszustand. Da dieser nicht einsehbar sei, würde er oft als Psychose verkannt.

3. Autochthone Asthenien

J. Glatzel beschreibt die autochthone Asthenie als ein psychopathologisches Syndrom, das sich bevorzugt während des zweiten und dritten Lebensjahrzehnts manifestiert und durch Denkstörung, Leibgefühlsstörung eines bestimmten Typs und eine blande vitale Verstimmung bestimmt ist. Er grenzt in seiner Untersuchung aus der Gruppe der Pseudoneurasthenien diejenigen Zustandsbilder ab, die sich retrospektiv als "zu einer Psychose gehörig" erweisen und stellt verlaufstypologische Merkmale dieser Untergruppe dar.

Den Krankheitsverlauf der Pseudoneurasthenien unterteilt Glatzel in vier Phasen: zu Beginn der Verläufe findet sich stets die Phase der gegliederten Leibgefühlsstörungen, deren Dauer zwischen einigen Monaten und wenigen Jahren liegt. Bevorzugt wird über Kopfdruck, Herzschmerzen, vermehrtes Neigen zum Schwitzen, Leibscherzen und Gliederziehen geklagt - alles in allem - ein allgemeines Nachlassen der körperlichen Spannkraft.

Der Phase der gegliederten Leibgefühlsstörungen folgt die zweite Phase der Vitalstörungen, in der über Affektanomalien, Konzentrationsstörungen und andere abnorme Erlebnisweisen berichtet wird. Werden die Kranken zu diesem Zeitpunkt in die Klinik eingewiesen,

so stellt sich heraus, daß dies häufig unter der Fehldiagnose "Zyklothyme Depression" geschieht. Doch sollen die Kranken in dieser Phase nicht eigentlich melancholisch sein, sondern vielmehr ein etwas nörglerisch gereizter Unterton mitschwingen. Bevorzugt werden von ihnen Begriffe gebraucht wie Leistungsabfall, Aktivitätsverlust, Energielosigkeit und Mattigkeit. Charakteristisch für diese "Depressionen" sei die relative Ichferne, somit ein Unterscheidungsmerkmal zur zyklthymen Depression. Die psychopathologischen Erscheinungsbilder der zweiten Phase können nach Glatzel nicht sicher differentialdiagnostisch abgegrenzt werden. Lediglich die Abhebung zur zyklthymen Depression gelinge mit einiger Sicherheit.

Der dritte Verlaufsabschnitt wird als Phase der Wahrnehmungsanomalien bezeichnet und enthält Entfremdungserlebnisse, vor allem im Sinne von Intensitätsänderungen.

Die vierte Phase - Zönästhesien und Denkstörungen - ist gekennzeichnet durch qualitativ abnorme Leibgefühls- und Denkstörungen. In den Schilderungen vieler Kranker taucht die Klage der Konzentrationsstörung auf. Die Eindrücke seien von einer eigentümlichen Einförmigkeit in Intensität und Prägnanz, so daß für den Patienten die Unterscheidung zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem sehr erschwert werde. Vergeßlichkeit, Denkleere und Einfallslosigkeit stehen im Vordergrund.

Die phänomenalen Charakteristika der vierten Phase faßt J. Glatzel in dem Begriff der Autochthonen

Asthenie zusammen. Er behielt besonders zwei Gruppen im Auge, und zwar einmal autochthone asthenische Syndrome, die die vierte Phase einer Symptomverlaufsreihe primär pseudoneurasthenischer Zustandsbilder darstellten, und zum zweiten Syndrome, die das psychopathologische Erscheinungsbild nach inkompletten Remissionen eines schizophrenen Schubes kennzeichneten.

4. Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

R. Oerter beschreibt die Reifejahre als eine Zeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, in der sich der Jugendliche von vielen Gepflogenheiten löst und der Sozialisationsprozeß so weit fortgeschritten ist, daß der Jugendliche sein Geschick selbst in die Hand nehmen möchte. Die Notwendigkeit, selbständig zu werden, werde meist vom Jugendlichen früher angesetzt als von den Erwachsenen. Dies führe zu Schwierigkeiten und Krisen. Hinzu komme die Geschlechtsreife mit der Problematik der Frustration sexueller Triebwünsche.

Oerter betrachtet die Entwicklung der berufstätigen Jugendlichen als besonders gefährdet, da sie einerseits im Arbeitsprozeß stehen und nicht selten die Aufgaben Erwachsener zu bewältigen haben, andererseits aber nicht als Erwachsene anerkannt, sondern als unreif und unfertig eingestuft werden. So stehe der Jugendliche vor einer Fülle von Aufgaben, die gleichzeitig bewältigt werden müssen.

Der Körper erfährt Veränderungen im Bereich der Geschlechtsorgane und der sekundären Geschlechtsmerkmale, sowie in der Motorik und der Physiognomik. Was vorher harmonisch wirkte, wird jetzt eckig, unbeholfen, ungeschickt, schlaksig oder gekünstelt.

Die normale psychische Entwicklung in der Pubertät bringt Unruhe, Unlust, Reizbarkeit und Ratlosigkeit mit sich. A.Freud betrachtet Unberechenbarkeit, Unverlässlichkeit und innere Disharmonie als Kennzeichen des sich normal entwickelnden Jugendlichen.

E. Kretschmer definierte Pubertätskrisen folgendermaßen: "Pubertätskrisen sind keine Krankheiten, auch keine Neurosen, ebensowenig sind sie umschriebene Phasenabläufe, die eng an die Pubertät gebunden sind und die ganzen normalbiologischen Schwierigkeiten dieser psychophysischen Umschlagstelle in vergrößertem Ausmaß beleuchten".

Nach Weitbrecht haben Pubertätskrisen ihre Ursache in den Schwierigkeiten eines "unbewältigten puberalen Instinktwandels".

Bewältigung von Autoritätskrisen, Finden der eigenen Identität und Integration genitaler Sexualität verursachen nach Nissen die bekannte Symptomatik von Ambivalenz und Labilität, Aggression und Liebesbedürfnis, Begeisterung und Niedergeschlagenheit, Freiheitsdrang und Einsamkeit und Spannungszustände zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Diese drei Spannungsbereiche bieten die Voraussetzungen für Krisen und Fehlentwicklungen, bzw. Fehlreaktionen der Jugendlichen.

Zahlenmäßig wurde in den letzten Jahren durch die Umwandlung der Familien und der Praktiken in der Erziehung ein Rückgang der aktiv-aggressiven Autoritätskrisen beobachtet. Die Rolle des Vaters verblaßt - der Widerstand gegen ihn nimmt weitgehend ab. Andererseits können aber das Weglaufen von zu Hause oder das Streunen und "Gammeln" als passiver Protest gegen die Autorität gewertet werden. Die Frequenzzunahme stellt uns vor ein echtes soziales Problem, da immer mehr Jugendliche ihre Schul- und Berufsausbildung abbrechen, sexuell verwahrlosen, sich in Gruppen zusammenschließen und ihren Lebensunterhalt durch dissoziale Praktiken bestreiten.

Der Prozeß der Individuation des Jugendlichen führt häufig zu Identitätskrisen. Berufswahl, Ausbildung, soziale Eingliederung, realitätsgerechte Wiederbindung an die Familie und Einstellung zum anderen Geschlecht bringen oft scheinbar unüberwindbare Schwierigkeiten mit sich. "Depressive und dysphorische Verstimmungszustände zeigen sich in der Pubertät unter dem Bild der Antriebsschwäche, Passivität und Resignation und können mit hypochondrischen Inhalten und Onaniekomplexen, mit Haß und Schuldgefühlen, Rache- und Selbstbestrafungswünschen und tiefer Hoffnungslosigkeit einhergehen."

Denkhemmungen, Konzentrationsschwäche, rasche Ermüdbarkeit und innere Unruhe werden geklagt und müssen differentialdiagnostisch gegen eine reaktive Störung, hirnorganische oder endogene Psychose abgegrenzt werden. Zu den Identitäts-

krisen werden auch die Suizidversuche und Suizide gezählt, die ständig im Ansteigen begriffen sind. Selbstmorde stehen bei Jugendlichen an zweiter Stelle der Todesursachen. Die Geschlechtsrelation beträgt bei Jugendlichen 1 : 3 zugunsten der männlichen Jugendlichen.

Selbstmordversuche wurden auf das 8 - 10fache der Selbstmorde geschätzt und werden häufiger von Mädchen ausgeführt. Inwieweit diese Versuche als ernsthafte oder demonstrative Handlungen zu werten sind, läßt sich schwer abschätzen. Nicht jeder gelungene Selbstmord zeugt für die Ernsthaftigkeit der Intention, wie auch nicht jeder mißlungene Selbstmordversuch nur demonstrativen Charakter besitzt. Häufig wird nur das Risiko falsch eingeschätzt.

Nissen bestätigt, daß ein großer Teil der Selbstmordhandlungen sowohl ernsthafte als auch demonstrative Anteile enthält, daß sie aber auch manchmal dem "russischen Roulette" gleichen und "Gottesurteilscharakter" besitzen.

Männlichen Jugendlichen wird eine stärkere Aggressivität in der Wahl und Anwendung der Suizidmittel nachgesagt als weiblichen Jugendlichen, doch werden in zunehmendem Maße bei Jungen wie Mädchen Psychopharmaka zum Mittel der Wahl.

Suizidogen wirken ungünstige häusliche Verhältnisse, depressive Verstimmungszustände oder der Tod einer geliebten Bezugsperson.

Der Anlaß ist dann oft sehr nichtig und nicht recht nachvollziehbar.

Zu Autoritäts- und Identitätskrisen kommen im Jugendalter häufig Störungen der psychosexuellen Entwicklung. Nissen vertritt die Ansicht, daß in der Pubertät auftretende sexuelle Störungen ihren Ursprung regelmäßig in der Kindheit, in den meisten Fällen sogar in der frühen Kindheit haben. Er beschreibt als Hauptstörungen: Pubertätsaskese, exzessive Onanie, Homosexualität bei Jungen, Inzest, vorzeitige und häufig wechselnde sexuelle Beziehungen bei Mädchen, Exhibitionismus, Fetischismus und Transvestitismus.

Bei unseren Jugendlichen wurde nur einmal die Diagnose einer sexuellen Fehlentwicklung gestellt. Sie bestand in exzessivem Onanieren bei gleichzeitigem Fetischismus. Bei einzelnen Jugendlichen bestanden auch exhibitionistische Tendenzen, doch spielte diese Thematik eine weitgehend untergeordnete Rolle.

III. Krankengut und Methodik

Das Krankengut besteht aus 141 männlichen Jugendlichen, die in der Zeit vom 1. Januar 1972 bis 31. Dezember 1975 zum ersten Mal auf der psychiatrischen Männerabteilung der Universitäts-Nervenklinik Erlangen stationär behandelt wurden. Als obere Altersgrenze wurde der 22. Geburtstag angenommen. Für das Krankengut gilt in hohem Maße das statistische Prinzip der "Beobachtungsgleichheit". Alle Patienten wurden durch R. Baer untersucht und behandelt. Aus diesem Grunde wurden Patientinnen der psychiatrischen Frauenabteilung nicht berücksichtigt.

Zur Bestandsaufnahme wurden im Archiv alle Krankenblätter herausgesucht, die oben genannte Kriterien erfüllten. Zur Übertragung der Information aus den Krankenblättern wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, der folgendermaßen unterteilt war:

Persönliche Daten, Einweisungsdiagnosen, Diagnosen bei Erstaufnahme und Erstentlassung, psychiatrische Anamnese (familiäre Belastung, Erstmanifestationsalter, bisheriger Verlauf), ärztliche Maßnahmen vor der Erstaufnahme, subjektiv empfundene Beschwerden, Fremdanamnese, Sozialanamnese, psychischer Befund bei der Aufnahme, Zusatzuntersuchungen wie Testpsychologie, Röntgen, EEG, Echoenzephalographie, Therapie, Verlauf und Epikrise und eventuelle weitere stationäre Aufnahmen.

Eine persönliche Nachuntersuchung erfolgte nicht durch uns, sondern durch W. Meyer.

Nachfolgend soll auf zunächst rein deskriptive Weise ein Überblick über die 141 Patienten vorgelegt werden.

1. Altersverteilung

Zeller unterteilt die normale Pubertät in zwei Phasen. Jungen aus mitteleuropäischen Ländern sollen sich im Alter von 12 - 15 Jahren in der ersten, im Alter von 15 - 18 Jahren in der zweiten puberalen Phase befinden. Diesem Schema entsprechend befanden sich von unseren Patienten 21 in der ersten puberalen Phase, 46 in der zweiten puberalen Phase und 74 in der Adoleszenzperiode.

Aufgeschlüsselt ergibt sich folgendes Bild:

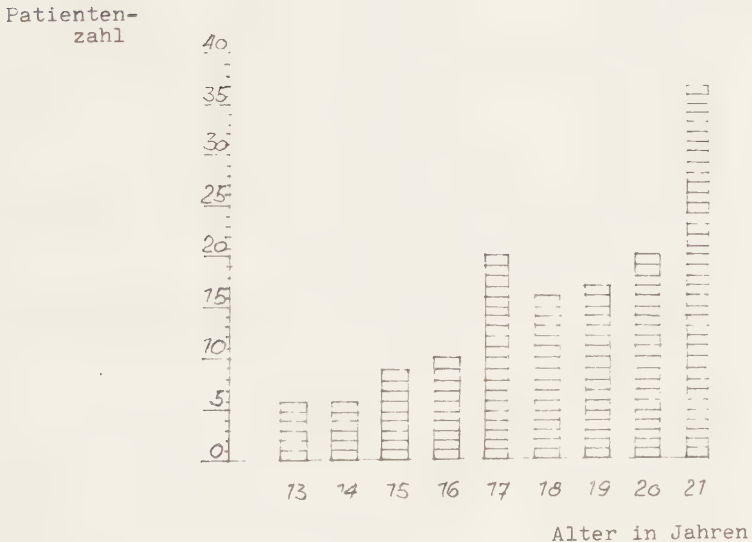


Abb. 1: Altersverteilung

Das Durchschnittsalter bei der Ersteinweisung lag bei 18,5 Jahren.

2. Erstmanifestationsalter der zur Einweisung führenden Beschwerden

Das Erstmanifestationsalter liegt im Schnitt ungefähr 1 1/2 Jahre unter dem Alter der Ersteinweisung, da bei mehr als 50 % der Jugendlichen länger als 1 Jahr nach Manifestwerden der Beschwerden erwartet wurde, bis man sie einwies oder sie sich freiwillig zur Behandlung bereit erklärten.

Alter in Jahren	Anzahl der Jugendlichen
unter 10	3
11	4
12	2
13	7
14	10
15	8
16	15
17	18
18	15
19	19
20	14
21	14
nicht feststellbar	12
	141

Tab. 1: Erstmanifestationsalter

3. Diagnosen - Übersicht und Vergleich mit den Einweisungsdiagnosen

Die 141 Jugendlichen wurden bei ihrer Entlassung folgenden Diagnosen unterstellt:

A) Endogene Psychosen

insgesamt 37 Patienten

davon:

Hebephrenie	15	Patienten
Paranoide Schizophrenie	7	"
Schizophrenia simplex	1	"
Katatone Schizophrenie	2	"
"Pfropfschizophrenie"	2	"
Verdacht auf Schizophrenie	5	"
Zyklothyme Depression	2	"
Atypische, depressive Psychose	1	"
Manisches Zustandsbild bei atyp. Psychose	1	"
Verdacht auf endogene Psychose	1	"

B) Autochthone Asthenien

4 Patienten

C) Pubertätskrisen, abnorme Reaktionen, Entwicklungen und Persönlichkeiten

insgesamt 32 Patienten

davon:

Abnorme Erlebnisreaktion mit Suizidversuch	17	Patienten
Abnorme Persönlichkeitsentwicklung	6	"
Abnorme depressive Konfliktreaktion	1	"
Abnorme Verhaltensweisen	1	"
Verhaltensstörung bei Minderbegabung	2	"
Verwahrlosung	1	"
Sexuelle Fehlentwicklung	1	"
Hypochondrisches Syndrom	1	"
Psychovegetative Allgemeinstörung	1	"
Anankastische Persönlichkeit	1	"

D) Abhängigkeit von Drogen und Genußmitteln

insgesamt 35 Patienten

davon:

Polyvalente Suchten	13	Patienten
Alkoholismus	14	"
Andere Suchten	8	"

E) Körperlich begründbare seelische Störungen

insgesamt 33 Patienten

davon:

Frühkindlicher Hirnschaden	10	Patienten
Verdacht auf frühkindlichen Hirnschaden	3	"
Anfallsleiden	4	"
Debilität bei XYY-Anomalie	1	"

Imbezillität nach Enzephalitis	1 Patient
Ausschluß eines zerebralen Prozesses	1 "
Contusio cerebri	7 Patienten
Commotio, Frakturen und epidurales Hämatom	4 "
Tumor	1 "
Angiom	1 "

Bei zwölf Patienten wurde keine Einweisungsdiagnose gestellt, oder war keine Einweisungsdiagnose aus dem Krankenblatt ersichtlich. Bei 82 Patienten stimmte die Einweisungsdiagnose mit der Entlassungsdiagnose überein und bei 47 Patienten wichen Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen erheblich voneinander ab. Dabei wurden Oberbegriffe wie z.B. Schizophrenie oder Endogene Psychose als mit der Diagnose Hebephrenie übereinstimmend gewertet.

Die größte Übereinstimmung herrschte natürlicherweise bei den abnormen Erlebnisreaktionen mit Selbstmordversuchen, wo 15 von 17 Diagnosen übereinstimmten, sowie bei einigen Untergruppen der körperlich begründbaren Störungen. Auffällig war, daß bei den asthenischen Persönlichkeiten keine Diagnose übereinstimmte. und daß bei den Alkoholikern die Hälfte durch den einweisenden Arzt nicht als Alkoholiker erkannt worden war.

4. Psychiatrische Anamnese

Bei der Untersuchung der familiären Belastung mit psychotischen Erkrankungen, Alkoholismus, Selbstmord, Psychopathien ergab sich folgendes Bild, zur

besseren Übersicht aufgetrennt nach Krankheitsgruppen:

Bei 13 der 37 Patienten, die als endogene Psychosen zusammengefaßt wurden, lagen in der Familie oder näheren Verwandtschaft diese Krankheitsbilder vor:

bei 3 Patienten		Zyklothyme Depressionen
" 2 "		Schizophrenien
" 4 "		nicht näher bestimmbare Psychosen
" 2 "		Psychopathien
" 2 "		Alkoholismus
" 2 "		Selbstmorde
" 1 "		epileptische Anfälle

Bei den vier Asthenikern war in jeder Familie ein Mitglied erkrankt, und zwar litt eine Großmutter unter Depressionen, eine Tante unter Schizophrenie, eine Mutter unter einer nicht näher bestimmbaren Psychose und eine Mutter hatte Selbstmord begangen. Bei zwei Patienten lag Wohngemeinschaft mit den Erkrankten vor.

Bei 7 der 17 Patienten mit Suicidversuchen ergab die familiäre Anamnese diese hereditäre Belastung:

Depression und Suicidversuch der Mutter	1 Patient
Schizophrenie der Mutter, Suicid der Schwester	1 "
Alkoholismus des Vaters, Selbstmordversuche von Bruder und Schwester	1 "
Selbstmord der Mutter, Suicidversuch der Schwester	1 "

Selbstmord des Großvaters, des Vaters,	
Suicidversuch der Schwester	1 Patient
Alkoholismus des Vaters	1 "
Schizophrenie der Tante	1 "

Bei den restlichen 15 Patienten der Gruppe C
ergab sich folgendes Bild:

Depression der Großmutter	1 Patient
Hebephrenie des Bruders, Selbstmord des Großonkels	1 "
Anfallsleiden des Bruders	1 "

5 von 35 Jugendlichen aus der Gruppe D hatten
Alkoholiker zum Vater, bei einem hatte sich der
Vater erhängt und ein Bruder war als schizophren
bekannt.

Bei 5 von insgesamt 33 Patienten der Gruppe E
war je ein Familienmitglied erkrankt:

ein Familienmitglied an Schizophrenie, zwei an
Epilepsie, eines an Hirntumor und eines an Al-
koholismus.

Der Erkrankungsverlauf bis zur Einweisung wurde
folgendermaßen beschrieben:

schleichend mit langsamer Progredienz	bei 70 Patienten
schleichend mit rascher Progredienz	bei 15 "
einmaliger Knick ohne weitere Progredienz	bei 2 "
abgesetzte Episoden	bei 10 "
akut zum Zustand bei Erstaufnahme	bei 38 "

Sonstiges	bei 4 Patienten
nicht feststellbar	bei 2 Patienten

Von den 141 Patienten hatten 94 eine Vorbehandlung erfahren, davon 65 stationär (auswärtige Nerven-kliniken, Innere Medizin, Chirurgische Klinik), 47 Patienten waren nicht vorbehandelt.

5. Sozialanamnese

Bei der familiären Situation ergab sich, daß bei 92 Patienten die Eltern zusammen lebten (davon je ein Stiefvater und eine Stiefmutter), vier Elternpaare lebten getrennt, zehn waren geschieden. Bei dreizehn Jugendlichen war der Vater bereits tot, bei fünf die Mutter und bei zwei Patienten beide Eltern. Bei sieben Patienten war die Mutter ledig. Drei Patienten waren Ausländer (zwei Türken, ein Italiener), bei zwei Jugendlichen war der Vater Amerikaner. In sieben Krankenblättern konnten keine Angaben über die Eltern gefunden werden.

Vierzehn der 141 Patienten wuchsen als Einzelkinder auf, 26 hatten je eine Schwester oder einen Bruder, 23 lebten mit zwei Geschwistern, 46 mit mehr als zwei Geschwistern (bis zu 15 Geschwister). Bei 32 Jugendlichen fehlten die Angaben.

Zum Familienstand läßt sich nur sagen, daß 139 Jugendliche ledig, zwei verheiratet waren.

Die Schulbildung reicht von der Bildungsunfähigkeit über Sonderschulen für Lernbehinderte oder Schwererziehbare, Volksschule, bis zum Abitur, 68 hatten die Volksschule abgeschlossen, 18 Jugendliche die Sonderschule, 15 waren noch Schüler, bzw. besuchten keine Schule. 16 Patienten hatten die höhere Schule ohne Mittlere Reife verlassen, 13 sie mit Mittlerer Reife und 6 mit Abitur abgeschlossen. Bei 5 Patienten fanden sich keine Angaben.

Die sich an die Schulbildung anschließende Ausbildung ist in untenstehender Übersicht enthalten:

abgeschlossene Lehre	34	Patienten
nicht abgeschlossene Lehre	44	"
angelernter Arbeiter	9	"
Fachschulbesuch	4	"
Hochschule angefangen	5	"
Bonstiges (noch Schüler, Wehrdienst)	40	"
keine Angaben	5	"
141 Patienten		

34 Patienten hatten einen, 3 Jugendliche zwei Berufe, vorwiegend aus dem Gebiet des Handwerks, z.B. Maurer, Maler, Kfz-Mechaniker, Elektriker, Schlosser.

Überraschend hoch war die Zahl der Vorstrafen, Insgesamt waren 13 Jugendliche vorbestraft, davon 8 mit einer Vorstrafe, 4 mit zwei Vorstrafen und 1 mit drei Vorstrafen.

Als Vorstrafen wurden bekannt:

1 Vorstrafe:

Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz	4	Patienten
Aufbrechen von Zigarettenautomaten	1	"
Diebstahl	1	"
Anzünden einer Scheune im Rausch	1	"
Diebstahl, Gefährdung des Bahnverkehrs	1	"
		8 Patienten

2 Vorstrafen:

Zwei Diebstähle	1	Patient
Trunkenheit im Verkehr, Fahren ohne Führerschein	1	"
Schlägerei, Mopeddiebstahl	1	"
Rauschgifthandel, Trunkenheit am Steuer	1	"
		4 Patienten

3 Vorstrafen:

Nur ein Jugendlicher hatte bereits drei Vorstrafen und zwar wegen Diebstahls und räuberischer Erpressung.

Laufende Verfahren, in denen es noch nicht zu einem rechtskräftigen Urteil gekommen war, wurden dabei nicht berücksichtigt.

IV. Ergebnisse

1. Psychopathologische Aspekte

a) Hebephrenien

Mehr als 10 % der Jugendlichen (15 aus 141 Patienten) wurden mit der Diagnose Hebephrenie entlassen. Nur in zwei Fällen stimmte die Einweisungsdiagnose mit der Entlassungsdiagnose überein. Bei sieben weiteren Patienten ordnete der einweisende Arzt die Erkrankung einer Psychose zu. Die übrigen Jugendlichen dieser Gruppe wurden bei der Einweisung den Diagnosen schwere psychische Verhaltensstörungen, Pubertätskrise, Drogenabusus, akute Suicidalität unterstellt. Ein Patient wurde zwangseingewiesen, da er seine Eltern tödlich angegriffen hatte, bei einem zweiten Jugendlichen fehlte die Einweisungsdiagnose. Dies weist darauf hin, daß Hebephrenien nicht leicht als solche erkannt werden.

Nur vier Patienten wurden sofort nach Auftreten alarmierender Symptome in die Klinik eingewiesen. Bei den anderen Jugendlichen betrugen die Zeitabstände, in denen den Angehörigen Veränderungen aufgefallen waren bis zur Einweisung in die Klinik zwischen fünf und 25 Monaten.

Von den Eltern oder Angehörigen wurden, geordnet nach der Häufigkeit der Angaben, folgende Beobachtungen geschildert:

Unverständliche Reaktionsweisen	bei 5 Patienten	
Wahnsymptomatik	" 5	"
starke Unruhe	" 5	"
völlige Veränderung	" 5	"
Konzentrationsstörungen	" 4	"
Leistungsknick	" 4	"
Aggressivität	" 4	"
Verstörtheit	" 3	"
Äußerungen über Stimmenhören	" 3	"
Selbstmordgedanken	" 3	"
Kontaktlosigkeit	" 3	"
Antriebsarmut	" 2	"
Interesselosigkeit	" 2	"

Die subjektiven Beschwerden der Jugendlichen wichen zum Teil erheblich von den Angaben der Angehörigen ab.

Elf der Hebephrenie-Patienten klagten über Belästigung durch Wahnsymptomatik, zehn fühlten sich durch Hören von Stimmen beeinträchtigt, fünf litten unter Gedankenausbreitung. Optische Halluzinationen wurden von zwei Patienten, haptische von einem bestätigt. Jeweils zwei Patienten klagten über Arbeitsunlust, Gedankenentzug, Kontaktlosigkeit, Merkfähigkeitsstörungen und Konzentrationsstörungen.

Die körperlichen Beeinträchtigungen beliefen sich auf Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Stechen in der Brust.

Ein Jugendlicher gab Selbstmordgedanken zu, ein weiterer hatte Angst vor Mitmenschen, und ein Patient litt unter Personenverkennungen.

Im Gegensatz zu den Angaben der Eltern waren zwei Kranke davon überzeugt, daß sie sich wohlfühlten, bzw. daß sie völlig gesund seien:

G.S., 21 Jahre alt, ohne Beruf, wurde 1972 in die Universitäts-Nervenlinik Erlangen eingewiesen. Bereits 1970 befand er sich zweimal in der Nervenlinik Bayreuth. Nach Beschwerden gefragt, gab er an, daß er sich wohl fühle, aber keine Lust zu arbeiten habe. Er schließe sich manchmal in sein Zimmer ein, da er Angst habe vor den Mitmenschen. Stimmen von Männern und Frauen höre er zwar schon seit längerem, könne sich aber nicht an Gesagtes erinnern. Im übrigen habe er in den letzten Wochen große Entdeckungen mit Wellen gemacht, wolle diese aber nicht preisgeben. Nach Onaniergewohnheiten befragt, antwortet er, daß er durch die Berührung von Mädchenkleidern und Büstenhaltern ein höheres Lustgefühl hervorrufen könne.

Aus der Sicht der Eltern klingt dies etwas anders: Der Sohn sei im März 1970 plötzlich nach der Frühstückspause im Betrieb in strömendem Regen nach Hause gelaufen. Im Betrieb habe man ihm "den Weg verbaut". Er wirkte ängstlich benommen und verwirrt und sperrte sich im Zimmer ein. Seit Dezember 1971 sei er antriebsarm gewesen und ohne jegliches Interesse. Seit ca. sechs Wochen vor der Aufnahme habe er sich in seinem Zimmer aufgehalten, des öfteren drei Tage nichts gegessen und ausschließlich im Bett

gelegen. Vor ca. vier Wochen habe er den Versuch gemacht, sich mit einer Rasierklinge die Pulsader aufzuschneiden. Er habe geäußert, in seinem Zimmer kämen böse Gesichter auf ihn zu, die ihn bedrohten, er müsse aufpassen, was sie ihm zu sagen hätten. Im letzten Vierteljahr habe er Mädchenkleider und Büstenhalter gesammelt und sie beim Onanieren benutzt.

Bei einem Patienten lag eine Kombination von Hebephrenie, Rauschmitteleinnahme und Sektierertum vor:

B.G., 19 Jahre, wurde 1975 eingeliefert, da er seine Eltern tätlich angegriffen hatte. B. hatte das Gymnasium verlassen, um als Bauzeichner zu lernen, gab aber nach einem halben Jahr unter dem Einfluß von Rauschgift auf. Während der Olympischen Spiele 1972 nahm er in München Kontakt zu einer Sekte auf. Er "erfuhr" das "Wissen" von Guru Maharadji Junior, durch welches man in sich Licht sehe, Musik höre, Nektar schmecke und Schwingungen wahrnehmen könne. Unter dem Einfluß der Sekte gab er den Drogengenuß auf. Er arbeitete für die Sekte und seine Meditationserlebnisse wurden immer stärker. Angehörige der Sekte legten ihm nahe, nach Hause zu gehen. Im Oktober 1974 kam er nach Erlangen zurück, schlief oft in einer Hütte im Wald, "schmeckte Nektar, der vom Gehirn auf die Zunge tropfte". Außerdem erlebte er in sich Schwingungen, die sich durch ein Frickeln im Mund äußerten. Andere seien durch

seine Schwingungen beeinflusst worden, er habe das durch sein drittes Auge gesehen. Die ihn umgebenden Leute könnten seine Gedanken lesen, doch er könne umgekehrt noch vermehrt die Gedanken anderer Menschen lesen. Er fühlte sich beobachtet, wenn er alleine war. In ihm sei eventuell das Weibliche sehr manifestiert. Manchmal sei er wütend auf seine Mutter, da sie seinen Vater beherrschte und beeinflusse. Er habe seiner Mutter eine "runtergehauen" und sie gewürgt, da sie in ihn eingedrungen sei. Normalerweise gehe eine Frau in die linke Hälfte des Gehirns, sie sei aber in seine rechte Hälfte eingedrungen.

Bei der Aufnahme in die Klinik waren die fünfzehn hebephrenen Jugendlichen zeitlich, örtlich und auch zur eigenen Person orientiert. Bei fünf Kranken konnten schon während der Aufnahmeexploration Wahnsymptome und Beeinflussungserlebnisse festgestellt werden: G.H., 17 Jahre, fühlte sich von einem unbekannten Wesen programmiert, das solche Macht auf ihn ausübte, daß er glaubte, bald sterben zu müssen. Außerdem sollte er in eine Katze verwandelt werden.

Nur ein Patient gab am Tage der Aufnahme zu, akustische Halluzinationen zu haben.

Gedankenentzug und Gedankenausbreitung wurden bei der Erstuntersuchung bei zwei Jugendlichen beobachtet.

Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit waren bei je zwei Kranken beeinträchtigt. Störungen der Affektivität und im Kontakt zum Gesprächspartner lagen bei den meisten Jugendlichen vor. Sie wirkten gespannt, ängstlich, unsicher, unruhig, ratlos, gehemmt, mißtrauisch, depressiv, aber auch aufgekrazt, manifform, läppisch, albern und verbal aggressiv.

Zwei Jugendliche gebrauchten Neologismen wie "Untergrundgedanken an Buttergeruch", ein Patient leierte während der Exploration religiöse Verse herunter.

Die Motorik war häufig von starker Unruhe geprägt, auch Bewegungsstereotypen konnten des öfteren beobachtet werden.

b) "Pfropfpsychosen"

Die Kombination einer Oligophrenie mit einer Hebephrenie lag bei zwei Patienten vor.

M.R., 13 Jahre, Schüler, sei bis zur 6. Klasse ganz gut in der Schule mitgekommen. Dann sei er zunehmend ängstlich geworden und wollte nicht mehr zur Schule. Er fing an, einzunässen und kam auch regelmäßig mit nasser Hose von der Schule zurück. In der Schule hatte er keine Freunde mehr, er wurde laut und aggressiv. Schließlich ging er überhaupt nicht mehr zum Unterricht. Daraufhin wurde er für vier Wochen in die Universitäts-Nervenklinik Würzburg eingewiesen. Nach seiner

Entlassung nähte er nicht mehr ein, sonderte sich aber immer mehr ab. Er kam in eine Sonderschule, war aber auch dort nicht fähig, mitzuarbeiten. In den letzten Tagen vor der Einweisung wurde er zunehmend aggressiver, vor allem seinem Vater gegenüber.

Bei der Aufnahme war der Jugendliche voll orientiert, wirkte zerfahren und berichtete über Konzentrationsstörungen, akustische Halluzinationen und Wahneinfälle. Er beschimpfte und beleidigte seinen Vater, stampfte mit den Füßen auf, war ängstlich und abweisend.

Der HAWIK brachte folgendes Ergebnis:

Verbal-IQ	97
Handlungs-IQ	72
Gesamt-IQ	83

Das EEG wies einen Herdbefund rechts auf.

Der Junge wurde nach längerer neuroleptischer Behandlung gebessert, doch nicht symptomfrei, auf die Abteilung für Jugendpsychiatrie der Nervenklinik Nürnberg verlegt.

H.S., 21 Jahre, ohne Beruf, wurde im November 1972 stationär aufgenommen, da er plötzlich zu "spinnen" begonnen hatte. Die Mutter berichtete, daß er schon früher geistig zurückgeblieben war und weder schreiben, rechnen, noch lesen könne. Er sei arbeitsscheu und halte es nie länger

als zwei Wochen an einer Stelle aus. Einen Tag vor der Einweisung habe er behauptet, Kollegen hätten ihn mit Haschisch vergiften wollen, ihn geschlagen und ihm Geschlechtsteile in den Mund gesteckt.

Der Patient gab an, daß er am vorhergehenden Tag von der Polizei beschuldigt worden sei, allerhand "ausgefressen" zu haben. Er sprach inkohärent, logorrhöisch, hörte Stimmen wie "du Verbrecher". Die Polizei habe ihn gejagt. Den Augenspiegel des Arztes deutete er als Abhörmikrophon. Die Haschisch-Zigarette, die er angeblich von Komplizen erhalten hatte, sei explodiert und dabei sei ein kleiner Japaner herausgesprungen. Den habe er weggeworfen. Der Japaner müsse wohl mit einer Nadel hineinpräpariert worden sein.

Der Jugendliche war auch am nächsten Tag noch sehr erregt und beschädigte die Wand des Krankenzimmers. Den Untersucher hielt er für den Hausarzt. Er hörte Stimmen, die "Adam, Adam" oder "Mama, Mama, der verrät uns alle" riefen.

Der HAWIE erbrachte einen Gesamt-IQ von 51, im Kinder-Raven-Test erzielte er ein Ergebnis, das der Intelligenz eines 8 1/2 jährigen Kindes entsprach.

Nach neuroleptischer Behandlung besserte sich sein Verhalten, so daß das Bild vorwiegend von seiner intellektuellen Defizienz geprägt

erschien. Er wurde nach vier Monaten in eine beschützende Werkstatt entlassen.

c) Autochthone Asthenien

Vier der 141 Jugendlichen wurden in unserer Klinik als autochthone Astheniker bezeichnet. Die Einweisungsdiagnosen lauteten: Vegetative Depression, Hebephrenie, Entwicklungskrise, Residualepilepsie mit psychotischen Episoden.

Von den Eltern wurden in der Anamnese folgende Krankheitssymptome der Jugendlichen geschildert:

Chronische Kopfschmerzen	2 Patienten
Magenschmerzen	1 Patient
Obstipation	1 Patient
Leistungsmangel	2 Patienten
Müdigkeit	1 Patient
Körperliche Erschöpfung	1 Patient
Suicidale Absichten	2 Patienten
Depressionen	1 Patient
Zerfahrenheit	1 Patient
Aggressivität	1 Patient

Die Angaben wurden von den Patienten größtenteils bestätigt, bzw. erweitert.

Selbstgenannte Beschwerden im Vergleich dazu:

Chronische Kopfschmerzen	3 Patienten
Chronische Obstipation	1 Patient
Miktionsstörungen	1 Patient
Mattigkeit	3 Patienten
Augentränen	1 Patient
Schlaflosigkeit	1 Patient
Atemnot bei Belastung	1 Patient
Körperliche und geistige Ver- sagenszustände	1 Patient
Konzentrationsstörungen	3 Patienten
Lustlosigkeit	2 Patienten
Selbstmordabsichten	2 Patienten
Mehrere Selbstmordversuche wegen	
Aussichtslosigkeit	1 Patient
Angst	1 Patient
Unruhe	1 Patient
Depressionen seit Kindheit	1 Patient
Kontaktlosigkeit	1 Patient

W. W., 21 Jahre, Schlosser, litt seit dem 16. Lebensjahr unter Kopfschmerzen und seit seiner frühesten Kindheit unter "Depressionen". Im Kopf hatte er das Gefühl, als ob sich Elei darin befände, das er spüre, wenn er den Kopf hin und her bewege. Diese Schmerzen traten nach seinen Angaben verstärkt an beiden Schläfenregionen, sowie am Scheitelbein und Hinterkopf auf. Er konnte oft nicht aus den Augen schauen, da sie tränten und schmerzten. Seit ca. zwei bis drei Jahren bemerkte er an sich einen Konzentrationsmangel, der sich zunehmend verstärkte, sowie körperliche Schlappheit und Müdigkeit. Zwei Wochen vor der

Aufnahme kam es bei ihm zu unbestimmbarer Angst und anhaltender innerer Unruhe. Zeitweilig versuchte er mit ca. 15 Bier am Tage, seine Kopfschmerzen zu vergessen. Seit dem 16. Lebensjahr hatte er Suicidgedanken.

Bei der Exploration vermochte er nicht anzugeben, warum er so häufig seinen Arbeitsplatz, bzw. Beruf wechselte (14 Tage Feinmechanikerlehrling, 2 Tage Handelsschule, 3 Jahre Schlosserlehrling, Hilfsarbeiter bei einer Elektrofirma, seit 4 Wochen Hilfsarbeiter in einer Möbelfabrik). Der aufnehmende Arzt vermerkte allgemeine Interessenlosigkeit und Kontaktarmut.

Die Untersuchungen gaben keinen Hinweis auf körperliche Ursachen für die chronischen Kopfschmerzen. W. wurde über seinen Befund aufgeklärt und nach zehn Tagen entlassen.

W. Z., 19 Jahre, hielt sich 1973 und 1974 in unserer Klinik auf. Bei der ersten Entlassung wurde noch eine Hebephrenie in Erwägung gezogen. Vor der ersten Einweisung hatte sich der Patient bereits sechsmal in der Nervenklinik in Nürnberg wegen Depressionen und Selbstmordabsichten aufgehalten. Er gab bei der Aufnahme an, seit drei Jahren an chronischen Kopfschmerzen zu leiden. Die Beschwerden seien aufgetreten, als er Haare gewaschen habe und bei kühlem Wetter sofort nach draußen gegangen sei. Er litt außerdem unter chronischer Obstipation und Völlegefühl. Der Internist hatte bis jetzt nichts Pathologisches

bei ihm finden können. Er glaubte, daß sein Hirn kaputt sei. Den Beweis dafür lieferten seine Kopfschmerzen, außerdem körperliche und geistige Versagenszustände, Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten. Er wollte sich am liebsten den Kopf öffnen lassen, damit ihm endlich geholfen werde. Der Jugendliche wurde nach drei Monaten mit einer deutlichen Besserung in Bezug auf den Antrieb entlassen, blieb aber auf seine körperlichen Beschwerden fixiert. Nach einem Jahr erfolgte die Wiederaufnahme wegen eines Selbstmordversuches.

G. R., 20 Jahre, Isolierer, zog sich schon während seiner Lehrzeit immer mehr zurück, war lustlos, traurig und ernst. Die Beziehungen zu seinem Vater waren gespannt, mit der Mutter verstand er sich besser, obwohl sie sehr "nervös" war. Er fühlte sich körperlich erschöpft, gab Atemnot beim Treppensteigen an. Von der Bundeswehr wurde er für sechs Monate zurückgestellt. Im Vordergrund stand bei ihm ein konflikthafte Verhältnis zu seiner Umwelt, ohne daß er ein eigentlich klares Objekt angeben konnte, dem seine Aggressionen und Vorwürfe galten.

Im Rorschachtest wies er deutliche Züge für Einengung der Persönlichkeit, Introversion und phobische Angst auf. Im MMPI wurde ihm emotionale Instabilität, Gehemmtheit, weibliche Selbstschilderung und eine starke Ausprägung des Merkmals Psychasthenie bescheinigt.

G. F., 18 Jahre, Kfz-Mechaniker, klagte seit ca. 6 Wochen über Müdigkeit, Kopf- und Magenschmerzen und Leistungsmangel. Er wurde zunehmend unkonzentriert und zerfahren. Seit 14 Tagen ging er nicht mehr seiner Arbeit nach, da er Angst hatte, nicht damit fertig zu werden.

Im Alter von sieben Jahren hatte er drei Anfälle mit plötzlichem Hinstürzen und anschließender fünf Minuten anhaltender Bewußtlosigkeit. Es war nie zum Zungenbiß, Urinabgang oder Schaum vor dem Mund gekommen.

Seit dem 15. Lebensjahr war der Patient im Herbst und Frühjahr für eine Woche lustlos, kontaktarm und des Lebens überdrüssig. In dieser Zeit wurde ein deutlicher Leistungsrückgang an ihm bemerkt.

Das EEG sprach für einen geringfügigen, rechtshirneg betonten Schaden, der perinatal entstanden sein konnte. Der HAWIE brachte folgende Ergebnisse: Verbal-IQ 102, Handlungs-IQ 81. Insgesamt ergab sich kein Hinweis für die psychotische Genese seiner Schwierigkeiten.

d) Pubertätskrisen und verwandte Störungen der
Persönlichkeitsentwicklung

In diese Gruppe wurden insgesamt 32 Jugendliche eingeordnet. Mehr als 50 % (17 Patienten) wurden wegen eines Selbstmordversuches eingewiesen.

Die Suicidmittel, die angewandt wurden, waren:

Tabletten	12 Patienten
Sprung aus dem Fenster	2 Patienten
Schnitt am Handgelenk	1 Patient
Schußverletzung	1 Patient
Keine Angaben	1 Patient

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Selbstmordversuches lag bei 18 Jahren, doch befand sich auch bereits ein Dreizehnjähriger darunter.

Wie bereits in Kapitel III. 4 aufgeführt, war die Familienanamnese bei sieben der siebzehn Patienten auffällig durch Selbstmordversuche, Selbstmorde, Schizophrenien, Alkoholismus und Depression.

Der Anlaß war bei drei Jugendlichen nicht zu eruieren. Bei den restlichen Patienten wurden folgende Angaben gemacht:

Pat. 1, 17 Jahre: Die 23 Jahre ältere Freundin war seiner überdrüssig und ließ ihn durch die Polizei aus ihrer Wohnung entfernen.

Patient 2, 19 Jahre: Die Freundin lehnte es ab, sich mit ihm zu verloben.

Patient 3, 21 Jahre: Er verursachte zwei Autounfälle innerhalb von 14 Tagen. Erschwerend kam noch hinzu, daß sein Vater Alkoholiker war und die Eltern seiner Freundin ihn ablehnten.

Patient 4, 14 Jahre: Er unterstand der Fürsorge-Erziehung und wollte die Zeit seines Heimaufenthaltes abkürzen.

Patient 5, 21 Jahre: Bei ihm war es bereits der vierte Selbstmordversuch wegen des Verbots der Eltern seiner Freundin, sie wieder zu sehen.

Patient 6, 19 Jahre: Er hatte bereits mehrere Gefängnisaufenthalte hinter sich und hatte Angst vor einer weiteren Gerichtsverhandlung.

Patient 7, 17 Jahre: Bei ihm war der Selbstmordversuch Reaktion auf einen von ihm verursachten Verkehrsunfall.

Patient 8, 20 Jahre: Seine Verlobte löste das Verlöbniß mit ihm, gleichzeitig erhielt er die Kündigung seiner Firma, da er unentschuldig über längere Zeit fehlte.

Patient 9, 16 Jahre: Seine Freundin hatte ihn verlassen.

Patient 10, 20 Jahre: Er fühlte sich durch den Alkoholismus seines Vaters schwer belastet, gleichzeitig war er selber in akuten Geldschwierigkeiten.

Patient 11, 19 Jahre: Er hatte Streit daheim, stahl danach das Auto seines Bruders, brach in eine Baubude und danach in ein Kleidergeschäft ein, hinzu kam noch, daß er nach der Entlassung aus dem Gefängnis wegen einer früheren Straftat keine Arbeitsstelle finden konnte.

Patient 12, 13 Jahre: Er versuchte, sich selbst zu töten, da er sich vor der Bestrafung durch seine Eltern fürchtete, weil er beim Reinigen der Wohnung den Staubsauger defekt gemacht hatte.

Patient 13, 17 Jahre: Sein Chef hatte erfahren, daß er öfter der Berufsschule ferngeblieben war.

Patient 14, 20 Jahre: Ihm drohte eine Disziplinarstrafe bei der Bundeswehr.

Die Behandlung dieser Jugendlichen bestand zum großen Teil in Gesprächen und Beschäftigungstherapie. Vierzehn der siebzehn Patienten konnten innerhalb von zwei Wochen entlassen werden, zwei kamen mit einem weiteren Suizidversuch später noch einmal zur Aufnahme,

darunter ein junger Türke, der bereits seinen fünften Selbstmordversuch hinter sich hatte.

Sechs Jugendliche wurden bei der Entlassung der Diagnose "abnorme Persönlichkeitsentwicklung" unterstellt. Die Einweisungsdiagnosen im Vergleich dazu: Zykllothyme Depression, Ausschluß eines hirnorganischen Prozesses, Entwicklungskrise- Frage der Hebephrenie, vegetative Herzneurose, Hebephrenie. Bei einem Patienten fehlte die Einweisungsdiagnose.

Die Symptomatik der sechs Jugendlichen war recht unterschiedlich.

J.K., 13 Jahre, fühlte sich zurückgesetzt und ungerecht behandelt. Er glaubte, daß ihn seine Geschwister nicht mögen. Sein Vater habe wenig Verständnis für ihn. Einige Wochen vor der Aufnahme habe er ihm ein großes Messer an den Hals gesetzt und ihm erklärt: "Wenn du noch einmal etwas mit der Polizei zu tun hast, dann bekommst du das Messer rein". Seine Mutter klagte, daß der Junge keinerlei Interesse für die Schule aufbringe. Zuhause lerne er nicht und mache nie Schulaufgaben. Am Nachmittag streune er mit anderen Jungen herum. Diese Spielkameraden hätten einen sehr schlechten Ruf. Es sei zu befürchten, daß er verwahrlose und kriminell würde. In der letzten Zeit sei er durch Automatendiebstähle, durch einen Einbruch in ein Vereinshaus und

durch einen Fahrraddiebstahl straffällig geworden. Ein halbes Jahr davor habe er einen Schulkameraden mit dem Stiel eines Metallkammes in den Rücken gestochen und ihn dabei erheblich verletzt. Er sei manchmal recht aggressiv und bekomme regelrechte Wutanfälle. Zuhause habe er ständig Streit mit den Geschwistern und zertrümmere die Wohnungseinrichtung.

Beim Rorschachtest kam bei ihm ein Gefühl des Bedrohtseins zum Ausdruck, dem die Auflehnung gegen die Umwelt entgegengesetzt wurde.

J.S., 18 Jahre, litt seit seiner frühesten Kindheit unter seiner Kontaktlosigkeit. In der Krankenpflegeschule, die er zuletzt besucht hatte, hatte er zum erstenmal eine Freundschaft geschlossen. Er sei vorher bei allen seinen Arbeitsversuchen immer wieder gescheitert. Eine Gärtnerlehre nach Schulabschluß hatte er aufgegeben, da er sich körperlich überfordert fühlte. Die nachfolgende Schreinerlehre hatte er wegen Schwierigkeiten mit dem Meister aufgegeben, da dieser meinte, er arbeite zu langsam und sei von mangelnder Auffassung. Eine Eignungsprüfung als technischer Zeichner bei einem Verkehrsplanungsamt war ebenfalls erfolglos.

Während die ersten Arbeitsstellen von seinen Eltern oder vom Arbeitsamt vermittelt wurden, bewarb er sich später selbst an einer Krankenpflegeschule. Hier kam es zu Schwierigkeiten mit der Oberin des Hauses, die seinen Eltern erklärte, er sei für den Krankenpflegeberuf un-

geeignet. Daraufhin schloß er sich in sein Zimmer ein und stellte sich tot. Immer, wenn er Schwierigkeiten hatte, zog er sich wegen Kreislaufstörungen und Krankheit zurück. Die Eltern brachten ihn zur Aufnahme, da ein älterer Sohn unter Hebephrenie litt und sein Versagen im Berufsleben abgeklärt werden sollte.

In der Klinik fiel seine Verspieltheit auf. Er hatte ein reges Interesse für Spielzeugautos und eine Vorliebe für das Ausschneiden von Bildern aus der Zeitung. Die von ihm geklagte Kontaktlosigkeit konnte nicht festgestellt werden. Er war sehr zugänglich und gesprächig.

Sch. A., 14 Jahre, Schüler, war schon immer Einzelgänger. Früher sei er ein Rowdy gewesen, habe dauernd geraucht. Ein halbes Jahr vor der Aufnahme sei ein Duodenalgeschwür bei ihm behandelt worden. Seit dieser Zeit litt er unter starker Angst und unter der Befürchtung, etwas falsch zu machen oder etwas zu beschädigen. Er hatte deshalb auch alle Kontakte zu Gleichaltrigen abgebrochen und war nur noch zu Hause. In der Schule hatte er sich nicht mehr konzentrieren können, war den ganzen Tag abgeschlagen und müde, hatte 15 Kilogramm an Gewicht im letzten halben Jahr abgenommen. Er konnte nicht schlafen und hatte in der letzten Zeit Blasenstörungen, sogar einmal eingenäßt. Er beneidete seinen um ein Jahr jüngeren Bruder, der der Liebling der Mutter

sei. Mit dem Cnaniereu hatte er vor einem Jahr wieder aufgehört, da er Angst vor den Eltern hatte. In der letzten Zeit kramte er häufig in der Wäsche seiner Mutter herum.

Die körperliche Symptomatik (Duodenalgeschwür, Abgeschlagenheit, Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, Blasenstörungen) stand bei diesem Jugendlichen im Vordergrund. Bei der Exploration fielen aber besonders seine Ängstlichkeit und Schüchternheit und die konfliktbesetzte Mutter-Kind-Beziehung auf. Durch vertiefte Gesprächsführung und Zuwendung besserten sich die Beschwerden deutlich, und er konnte bereits nach vier Wochen die Klinik wieder verlassen.

H. T., 16 Jahre, wurde von seinen Eltern (beide von Beruf Lehrer) zur Aufnahme gebracht, da er sich seit einem Vierteljahr weigerte, die Schule weiterhin zu besuchen. Er saß nur noch daheim in seinem Zimmer, hatte die Vorhänge zugezogen, beschäftigte sich mit Literatur (besonders Hesse) und schrieb selber Gedichte über Gott und das Nirwana. Er bezeichnete sich selbst als Pseudopantheist. Das Abitur wolle er nicht machen, da es zur Selbstüberschätzung des Menschen führe. Er habe Angst vor Geräuschen und Menschenansammlungen, vor Bewältigung des Daseins und Erdrücktwerden durch die Zivilisation. Deshalb sei er nicht mehr freiwillig in die Stadt, zum Bahnhof oder auf ein Fest gegangen. Er fürchte Gewalttätigkeit und beschäftige sich lieber mit dem

Innenleben und dem Göttlichen. Kontaktschwierigkeiten habe er nicht. Die Mutter berichtete außerdem noch, daß er seit dem zweiten Lebensjahr die Angewohnheit habe, vor dem Einschlafen "rhythmisch mit dem Kopf zu wackeln", manchmal geschehe dies auch nachts. Vor einem halben Jahr habe er eine Jugendstrafe wegen Aufknackens eines Zigarettenautomaten erhalten.

In der Klinik verhielt sich der Patient unauffällig, nahm Kontakte zu Mitpatienten auf, schrieb Briefe und las sehr viel. Nach langer Aussprache mit den Eltern, die man überzeugen mußte, daß Medikamente nicht angebracht waren, wurde er nach Hause entlassen. Da er ein sehr schlechtes Verhältnis zu seinen Eltern, besonders zu seinem Vater hatte, wurde eine zeitweise Trennung empfohlen.

W. H., 21 Jahre, kam mit seiner Familie aus der CSSR, entwickelte zunehmend Unsicherheit und Ängstlichkeit und eine massive Angst vor Prüfungssituationen. Er glaubte, er sei ein Versager, weil er in seiner Entwicklung noch nicht so weit wie Gleichaltrige sei. Da er sich vor dem bevorstehenden Abitur fürchtete, litt er unter Atemnot, Herzschmerzen und Druck auf der Brust. Gleichzeitig zog er sich immer mehr zurück. Durch vertiefte Gesprächsführung, Sport und Beschäftigungstherapie in unserer Klinik fühlte er sich bald wieder aktiver und wollte sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen.

K. R., 18 Jahre, Kfz-Mechanikerlehrling, stand ebenso vor der Prüfung. Er entwickelte große Angst, daß er den Prüfungsstoff nicht bewältige und durchfalle. Durch seine sechs Geschwister gehe es zuhause drunter und drüber, so daß er nicht lernen könne. Er sei deshalb sehr gereizt, und es komme zu dauernden Streitigkeiten mit dem Vater. Drei Wochen vor der Einweisung habe er versucht, sich mit Tabletten umzubringen, aber er habe sich gleich übergeben müssen.

Vom Vater erfahren wir, daß der Jugendliche seit ca. einem Jahr über Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen klagte. In der Berufsschule habe er große Schwierigkeiten, im praktischen Teil der Ausbildung sei er dagegen recht gut.

Bei der Untersuchung wirkte der Jugendliche verlangsamt, schwunglos und lahm. Die Grundstimmung war depressiv. Es bestand jedoch kein Anhalt für Zyklothymie.

Er beteiligte sich an der Beschäftigungstherapie, am Frühsport und am autogenen Training. Vorübergehend wurde er auch medimamentös behandelt. Bei der Entlassung war er wieder Aktiver und konnte sich auch besser konzentrieren.

In die Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen ordneten wir noch weitere neun Jugendliche mit folgenden Entlassungsdiagnosen ein: Sexuelle Fehlentwicklung, anankastische Persönlichkeit, psychovegetative Allgemeinstörung, hypochondrisches Syndrom, abnorme Verhaltensweisen eines Jugendlichen, Verwahrlosung, minderbegabter, haltschwacher Jugendlicher, Verhaltensstörung bei Minderbegabung und abnorme depressive Konfliktreaktion.

B. M., 15 Jahre, Lehrling, wurde von seiner Mutter seit zwei Jahren wiederholt beim Onanieren beobachtet. Zu seinen Manipulationen benutzte er Damenstrümpfe. Er hatte dabei erklärt, daß er ohne diese Strümpfe keine Befriedigung erhalte. Seit zwei Wochen vor der Aufnahme sei das Onanieren in dieser Art zusehends häufiger geworden, täglich ungefähr dreimal, obwohl der kleinere Bruder mit zehn Jahren im gleichen Zimmer schlief. Das Verhalten in der letzten Zeit sei aggressiv und zänkisch geworden, teilweise auch gleichgültig. Der Patient habe stundenlang stur zum Fenster hinausgeschaut. Den Eltern sei überdies bekannt, daß ihr Sohn seit dem zehnten Lebensjahr kleinere Diebstähle begehe, die sich vorwiegend auf glitzernde Dinge bezogen wie Taschenmesser, Feuerzeug oder Mundharmonika. Er werfe diese Gegenstände zuhause in eine Schublade und kümmere sich nicht weiter um sie.

Der Vater fand zwischen den gestohlenen Dingen auch einen 10,-- DM Geldschein, den der Sohn aus der Kasse seines Lehrherrn entwendet hatte. Kurz vor der Aufnahme hatte er erneut 5,-- DM aus der Kasse gestohlen, war dabei von seinem Chef unmittelbar beobachtet und entlassen worden. Von seinem Taschengeld hatte er sich Pornohefte und Damenstrümpfe gekauft.

Während der Untersuchung war der Jugendliche bestrebt, sich der Situation gut anzupassen. Gestellte Fragen beantwortete er kurz. Er wirkte kontaktarm, zeigte keinerlei Verlegenheit wegen seiner sexuellen Gepflogenheiten. Die kleinen Diebstähle gab er bereitwillig zu, sie seien spontan und ohne Grund erfolgt. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes war sein Verhalten distanziert. Auffällige Stimmungsveränderungen konnten nicht beobachtet werden. Er beteiligte sich bereitwillig an der Beschäftigungstherapie. Nach vier Wochen wurde er entlassen. Den Eltern wurde angeraten, ihn in einem Lehrlingsheim unterzubringen.

V.J., ein siebzehnjähriger Justizassistentenanwärter, glaubte, daß es bei ihm seit einigen Monaten nicht mehr stimme. Er hatte das Gefühl, daß seine Arbeit nicht mehr komplett sei, er mußte alles immer wieder überprüfen. Von Natur aus sei er sehr genau und ordnungsliebend. Jetzt brauche er zu den Arbeiten viel zu lange. Er habe sich alles aufgeschrieben und nach Erledigung dann abgehakt. Doch bliebe dauernd das

Gefühl, daß er noch einiges erledigen müsse. Er verliere jetzt leicht die Übersicht und grüble viel. In der Schule sei er des öfteren in der letzten Zeit aufgefallen, da er nichts mehr behalten könne. In der letzten Klausur habe er von allen Mitschülern die schlechteste Note geschrieben, obschon er die Mittelschule mit einem Notendurchschnitt von 1,3 verlassen habe. Fünf Wochen vor der stationären Aufnahme habe er, da er keine Lust am Leben mehr habe, einen Selbstmordversuch mit Tabletten unternommen und sei 38 Stunden bewußtlos in einem auswärtigen Krankenhaus gelegen.

Bei der Untersuchung zeigt er ein situationsgerechtes Verhalten. Die Stimmungslage ist subdepressiv. Seine Beschwerden hat er schriftlich niedergelegt und nummeriert (1 - 34). Er gibt an, daß er, obgleich er eigentlich nichts vermisste, gelegentlich zu Hause Schubladen und Möbel durchsuche, da er glaubt, es könnten dort wichtige Papiere oder andere Sachen verborgen sein. Er hat böse Vorahnungen, fühlt sich minderwertig und klagt über fehlenden Mut zum Leben.

Vertiefte Gesprächsführung mit Aufklärung über seine anankastischen Beschwerden führten zur weitgehenden Konsolidierung seines psychischen Befindens. Nach gut drei Wochen Aufenthaltes konnte er wieder entlassen werden.

I.G., 21 Jahre, Industrieschneider, wurde mit der Diagnose "Psychovegetative Allgemeinstörungen" entlassen. Er fühlte sich seit drei Wochen bedrückt und litt unter Schwindelzuständen, die sich auch im Liegen nicht besserten. Obwohl er die Gesellenprüfung als Bester bestanden hatte, hatte er Angst vor jeder neuen Situation, selbst wenn er in der Fabrik nur in eine andere Abteilung versetzt wurde. Die Mutter berichtet, daß der Sohn die jetzigen Beschwerden bereits als Vierzehnjähriger zum erstenmal hatte. Damals sei ihm, genau wie jetzt, oft schwindelig geworden und er habe über Schwarzwerden vor den Augen geklagt. Nachts müsse seine Schlafzimmertüre immer offen bleiben. Seit einigen Monaten betätige er sich auch nicht mehr Sportlich.

Während des Aufnahmegesprächs schaut er unruhig umher, scheint innerlich erregt und nervös, wirkt fahrig, berichtet über Schwindelgefühl, Herzklopfen und innere Unruhe.

Er wird leicht sedierend behandelt, nimmt am Frühsport teil und fühlt sich bald ausgeglichener und ruhiger. Von einer Wochenendbeurlaubung kehrt er nicht mehr in die Klinik zurück.

S.P., 20jähriger Italiener, von Beruf Drucker, klagt über multiple körperliche Beschwerden, die vor einem halben Jahr beim Urlaub in Italien erstmals aufgetreten seien. Er habe dort

erbrochen, sei obstipiert gewesen und habe unter starken Bauchschmerzen gelitten. Nach ungefähr einem Vierteljahr seien in Deutschland die gleichen Beschwerden erneut aufgetreten. Er habe dadurch am Arbeitsplatz nachgelassen, es seien schon öfter Reklamationen gekommen. Er habe sich zwar die größte Mühe gegeben, es sei aber immer schlimmer geworden. Während der Arbeit leide er unter Atemnot, Unruhe und zunehmenden Bauchschmerzen. Außerdem habe er starkes Herzklopfen und Schlafstörungen. Vor einigen Tagen habe er, zusammen mit Alkohol, Beruhigungstabletten zu sich genommen. Daraufhin habe er wiederum starke Schmerzen im Oberbauch verspürt und erbrechen müssen. Er habe das Gefühl gehabt, der Bauch würde explodieren. In der Chirurgischen Klinik sei er gründlich untersucht und geröntgt und daraufhin wieder entlassen worden. Die Schmerzen seien aber immer schlimmer geworden. Zusätzlich seien auch noch Nervenschmerzen hinzugekommen, die vor allem in die Zehen des rechten Fußes ausstrahlten. Der rechte Fuß habe auch gezittert und gekribbelt.

Der allgemeine körperliche und neurologische Befund war unauffällig. Der Patient zeigte eine deutlich sichtbare Tendenz zur Ausgestaltung seiner somatischen Beschwerden. Er nahm am Sport und an der Beschäftigungstherapie teil und erhielt am Abend ein Beruhigungsmittel zum Schlafen. Es bestand kein somatischer Anhalt für seine Beschwerden,

die Stimmungslage blieb gleich, kein Anhalt für Depression. Nach 10 Tagen wurde er mit der Diagnose "Hypochondrisches Syndrom" entlassen.

H. F., 15 Jahre, noch schulpflichtig, geriet immer mehr in Schwierigkeiten. Nach fünf Grundschuljahren besuchte er das Internat in U. Hier kam es zum rapiden Leistungsabfall und zu Kameradendiebstählen. Deswegen wurde er umgeschult in ein Internat bei S. Hier trieb er mit einer Clique aus seiner Klasse viel Unsinn und stahl wieder im Alleingang. Kurzfristig handelte er auch mit Haschisch. Sein frei verfügbares Geld (Taschengeld und Beute aus Diebeszügen) verbrauchte und vertrank er. Nach einem Vierteljahr erfolgte ein erneuter Schulwechsel in eine Mittelschule in H. Nach neun Monaten war auch hier der Schulbesuch unmöglich, da er wochenlang der Schule fernblieb und erneut stahl. Die Eltern holten ihn daraufhin wieder in die Volksschule zurück. Hier hatte er keine Lernschwierigkeiten mehr. In der letzten Zeit sei er aber zunehmend aufräusend geworden. Er rauche 20 bis 30 Zigaretten am Tage, komme gelegentlich betrunken nach Hause, die Diebstähle häuften sich. Unter anderem ver setzte er den Schmuck der Mutter, eine Verhandlung wegen Einbruchs sei im Moment anhängig. Er verlasse nachts das Haus durch ein Fenster, treffe sich in zwielichtigen

Lokalen herum und sei mehrmals in Schlägereien verwickelt gewesen. Er selbst beschreibt die Zusammensetzung seines derzeitigen Freundeskreises folgendermaßen: "Teils aus Verbrechern, teils aus Gelegenheitsarbeitern, alles duftete Kumpels". Der kürzlich von seiner Freundin unternommene Selbstmordversuch läßt ihn unbeteiligt, er interessiert sich nicht dafür.

Seinen Vergehen, wie auch seiner Umwelt gegenüber trägt der Patient eine ausgesprochen schnodderige Gleichgültigkeit zur Schau. Er wirkt gemütskalt, haltlos und reizbar, seine moralischen und sozialen Wertmaßstäbe sind völlig verkümmert. Er macht den Eindruck eines ehrgeizlosen, haltlosen Kindes, das den prestigeorientierten Anforderungen seiner Eltern nicht gewachsen war und im Fürsorge- und Zuwendungsmangel der Internate zunehmend verwahrloste.

Im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene erreichte er folgendes Ergebnis: Verbal-IQ 129, Handlungs-IQ 113, Gesamt-IQ 123. Der Patient wurde nach einem intensiven Gespräch mit ihm und seinen Eltern und nach einer ausführlichen testpsychologischen Untersuchung wieder nach Hause entlassen.

W.J., 16 Jahre, Sonderschüler, fühlt sich schon seit seiner frühesten Kindheit seinen

Geschwistern gegenüber benachteiligt. Er sei öfters von zu Hause weggelaufen. Mit seinem Vater könne er gut zusammenleben, während es mit der Mutter dauernd zu Streitigkeiten komme. Wegen ihr sei er auch in ein Heim gegangen. Da habe er aber auch oft Schwierigkeiten mit Erziehern und Zimmerkameraden gehabt, sei auch mehrmals davongelaufen, aber immer wieder freiwillig zurückgekehrt. Vor einem halben Jahr habe er zusammen mit Kameraden fünf Wochenendhäuser geknackt und Radios und Zigaretten gestohlen. Vor neun Monaten habe er auch öfters in der Kirche Opferstöcke ausgeräumt. Er sei dabei erwischt worden, und der Polizei seien jetzt seine sämtlichen Diebstähle bekannt. Er habe jedoch nie, wie seine Erzieher behaupten, Kameraden bestohlen, sondern diese ihm angelasteten Diebstähle habe ein anderer, den er selbst kenne, begangen. Er habe früher auch schon mal in der Wäsche seiner Mutter gekramt, sie angezogen und dabei sexuelle Gefühle empfunden. Er sei dabei einmal von seiner Mutter erwischt worden. Dies sei die Ursache mehrerer Streite gewesen.

Bei der Untersuchung ist er zunächst sehr verschlossen und grinst permanent. Auf der Station verhält er sich unauffällig, unterhält sich gerne, liest und spielt Karten. Er ist freundlich und meist guter Laune. Seine Intelligenz liegt im unteren Normbereich. Nach elf Tagen wird er mit der Diagnose "Verwahrlosung" entlassen.

M. B., 21 Jahre, absolviert seinen Wehrdienst. Er wird aufgenommen zur Abklärung einer vom Hausarzt vermuteten Konfliktsituation. Er hatte sich in den letzten sieben Monaten wiederholt krank gemeldet wegen Halsentzündungen, Magenbeschwerden und Unverträglichkeit von fetten Speisen. Vor einem Jahr habe er einen Selbstmordversuch mit Schlaftabletten unternommen, nachdem die Freundin mit ihm Schluß gemacht hatte. An Wochenenden trinke er mindestens zwölf bis dreizehn Flaschen Bier am Tage und rauche im allgemeinen vierzig Zigaretten am Tag.

Der Patient machte den Eindruck einer wenig ausgereiften Persönlichkeit. Im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene erreichte er einen Gesamt-IQ von 87. Er wurde als minderbegabter, haltschwacher Jugendlicher bezeichnet und nach neun Tagen wieder zur Truppe entlassen.

Minderbegabt und verhaltensgestört war auch W. M., 17 Jahre, der in einem Heim lebte. Seine Mutter war bei seiner Geburt ledig, hat später geheiratet und jetzt drei eheliche Kinder. Er konnte sie nicht. Er könne zwar zu seinen in der Nähe wohnenden Großeltern gehen, diese stritten aber so oft, daß er mit seinen Problemen keinen Anklang fände.

Er kam zur Aufnahme, nachdem sich an jeweils drei Wochenenden, bei denen er alleine war,

gravierende Ereignisse zugefallen hatten. Einmal fügte er sich tiefe Schnittwunden bei und behauptete, er sei überfallen worden, dann habe er mehrere Fahrradreifen zerstoßen und Möbel mit dem Messer beschädigt. Beim drittenmal schlitze er in seinem Zimmer die Matratzen auf, schnitt die Kabel seines Tonbandgerätes und seiner Lampe durch, räumte den Kleiderschrank aus und setzte die Wohnung in Brand. Das Feuer habe einen großen Teil des Zimmers beschädigt. Er selbst habe es dann wieder gelöscht. Bei aller diesen Begebenheiten sei er sexuell erregt gewesen.

Die Exploration in der Klinik gestaltete sich sehr schwierig, da der Jugendliche sehr scheu und verschlossen war. Die Antworten waren kurz und unbeholfen formuliert. Es fiel ein hohes Maß an Kontaktbedürftigkeit auf.

Während des stationären Aufenthaltes nahm er an der Beschäftigungstherapie und am Sport teil. Außerdem wurden oft mit ihm Gespräche geführt. Er paßte sich dem Stationsbetrieb sehr schlecht an, stahl Geld. Nach drei Monaten wurde er wieder in das Heim entlassen.

P. R., 20 Jahre, Abiturient, zur Bundeswehr eingezogen, kam wegen starker Unruhe, Schlafstörungen, Alkoholabusus in hochgradigen und melancholischer Gemütslage. Er sei seit einem halben Jahr als Lehrpflichtiger bei der Bundeswehr, liege im Gefängnis, wegen...

Freiheit und Selbständigkeit, fühle sich dauernd unter Druck gesetzt. Als Reaktion darauf ziehe er sich zurück und spreche mit niemandem. Er habe ein zusammenziehendes Gefühl im Brustkorb, keine Ausdauer, Konzentrationschwäche und das Bedürfnis, sich auszusprechen. Früher habe er Suicidgedanken gehabt, die aber jetzt nicht mehr vorherrschten.

Bei der Aufnahme wirkte er bedrückt, schwunglos, ängstlich. Tagesschwankungen konnten nicht beobachtet werden. Die affektive Schwingungsfähigkeit war erhalten. Der Patient schien in einer inneren und äußeren Krise zu sein und bemitleidete sich selbst.

Therapeutisch wurden mit ihm vertiefte Gespräche geführt. Seine melancholische Stimmung hielt an, gab aber keinen Anlaß zur akuten Besorgnis. Er wurde wieder zu seiner Einheit entlassen.

2. Soziologische Aspekte

a) Familiäre Situation

Bei der Entwicklung Jugendlicher ist die soziale Situation innerhalb intakter oder gestörter Familienverhältnisse von großer Bedeutung. Besonders der Jugendkriminalität scheinen Konstellationen wie Aufwachsen in Heimen, Scheidung

der Eltern, Tod eines oder beider Elternteile, Zugehörigkeit zur sozial unteren Schicht besonders zuträglich zu sein.

a) 1) Familienverhältnisse der Patienten mit Hebephrenien

Bei neun der fünfzehn Patienten lebten die Eltern zusammen, die Familien erschienen äußerlich intakt. Lediglich ein Jugendlicher äußerte sich mißmutig über die allzu große Besorgtheit seiner Mutter. Bei zwei Patienten fanden sich in der Anamnese überhaupt keine Hinweise auf die familiäre Situation. Drei Jugendlichen war der Vater gestorben, einer kannte den Vater nicht, da die Mutter ledig war.

Die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe konnte auf Grund der Aufzeichnungen in den Krankenblättern nicht eruiert werden. Sieben der Jugendlichen wuchsen mit mehreren Geschwistern auf, zwei als Einzelkinder, bei sechs fand sich kein Hinweis auf Geschwister.

Es fiel auf, daß mehr als 50 % (8 Personen) der an Hebephrenie Erkrankten aus dem ländlichen Bereich stammten.

Bei zwei der Jugendlichen litt bereits ein Elternteil, einmal der Vater, einmal die Mutter, unter einer nicht näher definierten Psychose. Erschwerend kam hinzu, daß die an einer Psychose erkrankte Mutter die Erziehung des Kindes allein übernommen hatte, da sie ledig geblieben war.

a) ii) Familienverhältnisse der Patienten mit
"Pfropfpsychosen"

Beide Jugendliche, bei denen sich auf dem Boden einer frühkindlichen Hirnschädigung eine Psychose entwickelt hatte, stammten aus einem dörflich-ländlichen Bereich. Der eine Patient wuchs mit zwei Geschwistern in einer intakten Familie auf, beim anderen war der Vater gestorben, über Geschwister fand sich kein Anhalt im Krankenblatt.

a) iii) Familienverhältnisse der Astheniker

Die familiären Verhältnisse der asthenischen Patienten waren teilweise stark zerrüttet. Bei nur zwei der vier Jugendlichen lebten die Eltern zusammen. Ein Elternpaar war geschieden, eine Mutter hatte Selbstmord begangen. Zwei wuchsen mit Geschwistern auf, bei den beiden anderen ist die Geschwisterzahl unbekannt. Die Mutter des Jugendlichen, dessen Eltern geschieden waren, litt zusätzlich an einer nicht näher bekannten Psychose, so daß man annehmen kann, daß der Patient starken psychischen Belastungen ausgesetzt war.

a) iv) Familienverhältnisse bei Patienten mit
Pubertätskrisen und verwandten Störungen

Bei den insgesamt 32 Patienten, die in dieser großen Gruppe von uns zusammengefaßt wurden,

untersuchten wir getrennt die 17 Jugendlichen, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, sowie die sechs Patienten mit abnormer Persönlichkeitsentwicklung und faßten die restlichen neun Patienten ohne einheitliche Diagnosen zusammen.

Patienten mit Suizidversuchen

Alle 17 Patienten wuchsen in einem mehr oder weniger großen Geschwisterkreis auf:

<u>Geschwisterzahl</u>	<u>Patientenanzahl</u>
1	bei 3 Patienten
2	" 6 "
3	" 2 "
4	" 1 "
5	" 2 "
7	" 2 "
15 (mit Stiefgeschwistern)	" 1 "

Elf der siebzehn Elternpaare lebten zusammen, drei waren geschieden, Bei je einem der Jugendlichen war die Mutter, bzw. der Vater durch Selbstmord umgekommen, bei einem die Mutter gestorben. Bei den drei letztgenannten Patienten waren Stiefmutter, bzw. Stiefvater in die Familie eingeheiratet.

Zwei Familien wurden durch die Tatsache, daß sie Ausländer (Türken) waren, sozial isoliert, bei zwei Jugendlichen war der Vater Amerikaner.

Fünf Familien waren durch Selbstmorde oder Selbstmordversuche in der Vorgeschichte belastet:

- Familie 1: Selbstmordversuch bei Bruder und Schwester
- Familie 2: Selbstmordversuch bei der Schwester, Selbstmord bei Vater und Großvater
- Familie 3: Selbstmordversuch bei der Schwester, Selbstmord bei der Mutter
- Familie 4: Selbstmord der Schwester
- Familie 5: mehrere Selbstmordversuche der Mutter

Drei Jugendliche wuchsen in Erziehungsheimen auf und entgingen dadurch der familiären Geborgenheit. Drei Patienten standen am Anfang der Bundeswehr-Ausbildungszeit.

Zwei der Väter waren durch Alkoholismus sozial depraviert und belasteten ihre Familien schwer. Eine Mutter war als schizophran bekannt.

Patienten mit abnormer Entwicklung

In dieser Patientengruppe waren die familiären Verhältnisse größtenteils geordnet. Fünf Elternpaare lebten zusammen, in diesen Familien waren auch mehrere Geschwister. Ein Elternpaar lebte getrennt, der Jugendliche wuchs als Einzelkind auf. Erschwerend kam hinzu, daß er

Auswanderer aus der CSSR war und erhebliche Sprach- und Umgewöhnungsschwierigkeiten hatte.

Bei einem Jugendlichen waren Vater und Mutter im Lehrberuf tätig, und er fühlte sich besonders durch die "glückenhafte" Art der Mutter beeinträchtigt.

Familienverhältnisse bei den restlichen neun Patienten aus dieser Gruppe

Obwohl diese Patienten keiner einheitlichen Diagnose unterstanden, faßten wir sie doch als eine Gruppe zusammen. Aus der sozialen Anamnese ergab sich, daß sechs der Elternpaare eine Hausgemeinschaft teilten, ein Elternpaar getrennt lebte, ein Vater bereits verstorben war und eine Mutter, die bei der Geburt des Kindes ledig war, inzwischen geheiratet hatte, aber den Sohn anfänglich von den Großeltern erziehen ließ und ihn dann in einem Heim unterbrachte.

Acht Patienten hatten mehrere Geschwister, bei einem war nicht bekannt, ob er mit Brüdern oder Schwestern aufgewachsen war.

Auch in dieser Gruppe hatten bereits zwei Jugendliche ihre Militärzeit in der Bundeswehr begonnen und einer der Patienten war Ausländer (Italiener).

a) v) Familienverhältnisse bei drogen- oder genuß-
mittelabhängigen Jugendlichen

Die Gruppe dieser Erkrankten war erwartungsgemäß besonders groß (35 Jugendliche). Mehr als ein Drittel der süchtigen Patienten wuchsen unter ungünstigen familiären Verhältnissen auf:

Eltern lebten getrennt	bei 2 Patienten
Eltern waren Geschieden	" 2 "
Mutter war ledig	" 2 "
Vater war tot	" 4 "
Mutter war tot	" 1 Patient
beide Eltern waren tot	" 1 "

insgesamt 12 Patienten

22 Elternpaare lebten zusammen, bei einem Erkrankten fehlten Angaben über die familiären Verhältnisse.

Drei der Jugendlichen waren Einzelkinder, 27 wuchsen im Geschwisterkreis auf, bei fünf fehlten die Angaben.

Sechs der Väter waren als Alkoholiker bekannt, ein Vater hatte sich umgebracht. Ein Vater war Ausländer. Bei einem Jugendlichen war der Alkoholismus in der Familie bekannt, doch ohne nähere Angaben.

Auch in dieser Gruppe wuchsen zwei Erkrankte in Erziehungsheimen auf. Ein Patient hatte bereits geheiratet und erhebliche Schwierigkeiten mit der Ehefrau.

b) Ausbildung und Arbeitsverhältnis

Nur wenige der Jugendlichen hatten einen Lehr- oder geeigneten Schulabschluß nachzuweisen. Oft begann das Manifestwerden der Erkrankung mit dem Nachlassen in der Schule, häufigem Wechsel der Arbeitsstätte oder Fernbleiben von Schule und Ausbildungsbereich.

b) i) Ausbildung und Arbeitsverhältnisse bei den Patienten mit Hebephrenie

Schulbildung:

Volksschulabschluß	10 Patienten
noch Gymnasialschüler	3 "
Abschluß mit mittlerer Reife	1 Patient
Höhere Schule ohne Abschluß	1 "

Weiterführende Ausbildung:

beendete Lehre	2 Patienten
beendete Lehre, doch bei der Bundeswehr	1 Patient
nicht abgeschlossene Lehre	6 Patienten

Hilfsarbeiter	1 Patient
Hilfsarbeiter, doch arbeitslos	1 "
noch Schüler	3 Patienten
nach der Volksschule zu Hause geblieben	1 Patient

In der Gruppe der Jugendlichen, die mit der Diagnose Hebephrenie entlassen wurden, fand sich kein Sonderschüler, weder für die Sonderschule für geistig Behinderte, noch für die Sonderschule für Erziehungsschwierige.

b) ii) Ausbildungsverhältnisse der Patienten
mit "Pfropfpsychosen"

Die beiden Jugendlichen bildeten natürlicherweise im Ausbildungs- bzw. Schulbereich eine erhebliche Ausnahme. Der erste der beiden Patienten besuchte die Volksschule bis zur sechsten Klasse und mußte dann auf eine Sonderschule überwechseln, in der er auch noch erhebliche Schwierigkeiten hatte. Beim Hamburg-Wechsler-Test für Kinder erzielte er (dreizehnjährig) folgendes Ergebnis: Verbal-IQ 97, Handlungs-IQ 72, Gesamt-IQ 83. Er wurde im Anschluß an die Diagnostik bei uns in die Jugendpsychiatrische Abteilung der Nervenklinik Nürnberg verlegt.

Beim zweiten Kranken dieser Gruppe war die Situation noch eklatanter. Er konnte weder lesen, schreiben, noch rechnen. Die Mutter hatte ihn

immer wieder an einer Arbeitsstelle untergebracht, doch konnte er dort nie lange durchhalten. Die Mutter bezeichnete ihn als "arbeitsscheu und unsauber". Der Hamburg-Wechsler-Test konnte bei ihm nur bedingt verwertet werden, da er nicht lesen und schreiben konnte und auch unfähig war, einfachste Additionen durchzuführen. Er erreichte dabei einen Gesamt-IQ von 51.

Im Kinder-Raven-Test erzielte er als 21jähriger ein Ergebnis, das der Intelligenz eines 8 1/2jährigen Kindes entsprach.

Vor der Entlassung wurde mit einer beschützenden Werkstätte Rücksprache gehalten und eine Betreuung dort sichergestellt.

b) iii) Ausbildungsverhältnisse der Astheniker

Bei den vier Patienten mit autochthoner Asthenie hatten drei die Volksschule und eine Lehre als Schlosser, bzw. Isolierer oder Kraftfahrzeugmechaniker beendet. Einer der drei Jugendlichen war zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme arbeitslos. Der vierte ^kranke war vom Gymnasium abgegangen, da er erhebliche Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten hatte.

b) iv) Ausbildungsverhältnisse bei Patienten mit
Pubertätskrisen und verwandten Störungen

Patienten mit Selbstmordversuchen

Schulbildung:

abgeschlossene Volksschule	9 Patienten
noch Volksschüler	2 "
Sonderschulbesuch	3 "
höhere Schule ohne mittlere Reife	2 "
höhere Schule mit mittlerer Reife	1 Patient

Weiterführende Ausbildung:

Abgeschlossene Lehren (davon 3 Pat. bei der Bundeswehr)	4 Patienten
nicht abgeschlossene Lehren	7 "
Hilfsarbeiter, davon 1 arbeitslos	3 "
noch Schüler	3 "

Patienten mit abnormer Entwicklung

Von diesen sechs Jugendlichen im Alter zwischen dreizehn und einundzwanzig Jahren hatte keiner eine Berufsausbildung abgeschlossen:

Patient 1: Er hatte die Volksschule beendet,
aber die Lehre als Kraftfahrzeug-
mechaniker abgebrochen.

Patient 2: Er bereitete sich in einer Fachoberschule noch auf das Abitur vor.

Patient 3: Er war noch Volksschüler.

Patient 4: Dieser Jugendliche besuchte noch die Sonderschule für Lernbehinderte.

Patient 5: Er hatte die Volksschule abgeschlossen, doch anschließend drei verschiedene Lehren begonnen und keine zum Abschluß gebracht.

Patient 6: Er besuchte fünf Jahre die Volksschule, wechselte dann auf ein Gymnasium über, und wechselte dann noch dreimal zu verschiedenen Handelsschulen, ohne diese zu Ende zu führen.

Ausbildungsverhältnisse bei den restlichen neun Patienten dieser Gruppe

Abgeschlossene Volksschule	4 Patienten
Höhere Schule, noch schulpflichtig	1 Patient
Mittlere Reife	1 "
Abitur	1 "
Sonderschule	2 Patienten

Von den Patienten, die die Volksschule besuchten, hatten zwei ihre Lehre beendet und zwar der eine als Drucker, der andere als Industrieschneider

(Gesellenprüfung als Bester bestanden). Die beiden anderen Volksschüler hatten ihre Lehren nicht beendet. Einer davon war zum Zeitpunkt der Aufnahme wehrpflichtig, der andere wegen Diebstahls aus der Kasse des Lehrherrn kurzfristig entlassen worden. Die beiden Sonderschüler hatten keine weiterführende Ausbildung.

Der Jugendliche mit abgeschlossener mittlerer Reife stand in der Ausbildung zum Justizassistentenanwärter. Der Abiturient war zum Wehrdienst eingezogen worden.

b) v) Ausbildung und Weiterbildung bei Drogen- und Genußmittelabhängigen

Schulbildung:

abgeschlossene Volksschule	23 Patienten
Sonderschule	1 Patient
noch Gymnasialschüler	3 Patienten
höhere Schule ohne mittlere Reife	2 "
höhere Schule mit mittlerer Reife	5 "
höhere Schule mit Abitur	1 Patient
	35 Patienten

Von den Jugendlichen, die die höhere Schule ohne mittlere Reife verlassen hatten, war einer anschließend keiner Arbeit nachgegangen, der andere hatte eine Lehre als Krankenpfleger abgeschlossen. Aus der Gruppe der Patienten mit mittlerer

Reife bildeten zwei sich weiter: einer war noch Fachoberschüler, der andere hatte eine Sprachenschule angefangen. Ein weiterer Jugendlicher mit mittlerer Reife jobte als Hilfsarbeiter. Der Abiturient, der Alkoholiker war, hatte ein Hochschulstudium begonnen.

Insgesamt hatten aus der ganzen Gruppe zehn Patienten eine Lehre abgeschlossen, davon ein Patient sogar zwei beendete Lehren. Acht Jugendliche hatten ihre Lehrstellen frühzeitig verlassen, fünf standen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme noch im Lehrverhältnis, zwei waren angelernte Arbeiter. Arbeitslos waren sechs Jugendliche.

c) Vorstrafen und Vergehen, die noch nicht geahndet waren

Wie schon im Kapitel Sozialanamnese angesprochen, war die Anzahl der Jugendlichen mit Vergehen, bzw. Vorstrafen überraschend hoch. Die Gruppen Selbstmordversuche und Abhängigkeit von Drogen und Genußmitteln stellten fast ausnahmslos die Jugendlichen mit Vorstrafen und Vergehen.

Unter den hebephrenen Kranken gab es keinen Jugendlichen mit Vorstrafe. Ein Patient hatte vor seiner Einlieferung seine Eltern geschlagen und gewürgt. Dieses Vergehen muß aber im Rahmen seiner floriden Erkrankung gesehen werden.

Auch die beiden Jugendlichen mit den sogenannten "Pffropfpsychosen", sowie die vier Patienten mit

autochthoner Asthenie hatten in der Vorgeschichte keine Straftaten aufzuweisen.

Bei den Kranken mit abnormer Persönlichkeitsentwicklung waren drei ohne Straftaten oder Vergehen. Ein Jugendlicher war vorbestraft wegen Aufknackens von Zigarettenautomaten, zwei Patienten hatten keine Vorstrafen, doch waren mehrere Vergehen bekannt:

Patient 1: Automatendiebstähle, Einbruch in ein Vereinshaus, Fahrraddiebstahl, erhebliche Verletzung eines Kameraden mit dem Stiel eines Metallkammes.

Patient 2: mehrere Kreditbetrügereien.

Von den siebzehn Jugendlichen mit Selbstmordversuchen waren nur neun ohne Vorstrafen oder bekannte Vergehen. Drei Jugendliche hatten bereits zwei Vorstrafen:

Patient 1: Vorstrafen wegen Schlägerei und Mopeddiebstahls

Patient 2: Vorstrafen wegen mehrerer Verkehrsdelikte

Patient 3: Vorstrafen wegen Diebstahls und Einbruchs

Ein Jugendlicher war bereits dreimal vorbestraft wegen Diebstahls und räuberischer Erpressung.

Vier weitere Jugendliche blieben ohne Vorstrafe, hatten aber strafbare Handlungen begangen:

Patient 1: Unfall mit Fahrerflucht

Patient 2: Würgen eines Klassenkameraden bis zur Bewußtlosigkeit

Patient 3: mehrere Diebstähle, wegen des jugendlichen Alters aber noch nicht ausreichend zur Inhaftierung

Patient 4: Disziplinarstrafe bei der Bundeswehr

Bei den neun Jugendlichen, die noch der Gruppe Pubertätskrisen und verwandter Störungen angehörten, blieben alle neun ohne Vorstrafen, doch bei zweien waren bereits Verhandlungen im Gange:

Patient 1: mehrere bekannte Diebstähle

Patient 2: Brandstiftung, Zerschneiden von Fahrradreifen

Bei 25 der 35 Jugendlichen aus der Gruppe der Drogen- und Genußmittelabhängigen fand sich im Krankenblatt kein Anhalt für Vergehen irgendwelcher Art.

Vier Patienten hatten bereits eine Vorstrafe:

Patient 1: Vorstrafe wegen Rauschgiftbesitzes

Patient 2: Vorstrafe wegen Rauschgifthandels

Patient 3: Vorstrafe wegen Brandstiftung

Patient 4: Vorstrafe wegen Diebstahls

Ein Jugendlicher war bereits zweimal vorbestraft wegen Trunkenheit am Steuer und Rauschgift Handels.

Vier Jugendliche blieben ohne Vorstrafe, aber hatten strafbare Vergehen begangen:

Patient 1: mehrere Diebstähle

Patient 2: Einbruch in eine Apotheke

Patient 3: polizeibekannter Dealer

Patient 4: Zeugnisfälschung

3. Versuch einer differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen Hebephrenie, autochthoner Asthenie und Pubertätskrise

Es soll in diesem Kapitel der Versuch unternommen werden, anhand der in den Krankengeschichten geschilderten Symptome psychopathologische Kriterien herauszuarbeiten, die eventuell eine Differentialdiagnose zwischen den in der Einleitung beschriebenen drei Gruppen ermöglichen.

a) Wahnsymptomatik

Auffallend häufig, nämlich bei elf der fünfzehn hebephrenen Patienten, wurde von den Erkrankten über eine Belästigung durch Wahnsymptomatik geklagt:

Wahnhaftige Beziehungen von Ereignissen, Gesten oder Gesprächen auf die eigene Person wurden dabei bei sechs Patienten beobachtet.

Expansive Wahnsymptomatik schilderten zwei Jugendliche. Der erste hatte angeblich große Entdeckungen mit Wellen gemacht, der zweite konnte vermeintlich die Zukunft vorhersagen, hatte einen Auftrag wie Christus und stand mit höheren Wesen über Entfernungen von Lichtjahren in Verbindung.

Beeinflussungserlebnisse durch Über-Ich und Fernsteuerung wurden im Rahmen der Untersuchungen zweimal festgestellt.

Eine Kombination von Beziehungs- und Verfolgungswahn lag bei zwei Jugendlichen der hebephrenen Kranken vor.

Autopsychische Wahnideen mit z.B. dem Bewußtsein, in eine Katze verwandelt zu werden, wurden bei zwei Erkrankten eruiert.

In der Gruppe der Jugendlichen, die bei Entlassung der Diagnose asthenische Persönlichkeit unterstellt wurden, konnte keine Wahnsymptomatik beobachtet werden. Lediglich bei einem Kranken, der seit Jahren unter chronischen Kopfschmerzen litt, bestand die wahnhaftige Gewißheit, ein krankes Gehirn zu haben.

Die beiden Jugendlichen der Gruppe "Pfropfpsychosen" zeigten deutlich die Tendenz zu Wahneinfällen.

In der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen konnte bei Durchsicht der Krankenblätter bei keinem Patienten ein Anhalt für Wahnbildungen oder wahnhaftes Geschehen gefunden werden. Ebenso traten bei allen süchtigen Erkrankten keine Wahnideen oder -wahrnehmungen auf.

Bei den übrigen Untersuchten aus dem Formenkreis der endogenen Psychosen konnte bei noch insgesamt sieben Patienten eine Wahnsymptomatik beobachtet werden.

b) Halluzinationen

Sinneswahrnehmungen i.S. einer Halluzination wurden bei zehn der fünfzehn hebephrenen Patienten festgestellt. Im Vordergrund standen dabei akustische Halluzinationen, meist in Form von Phonemen, aber auch bei zwei Patienten kombiniert mit Akosmen. Alle zehn halluzinierenden Jugendlichen litten unter akustischen Halluzinationen. Bei zwei Patienten fanden sich zusätzlich noch optische Halluzinationen. Einer sah in seinem Zimmer böse Gesichter auf sich zukommen, die ihn bedrohten, der andere sah kreisende Sonnen und funkelnde Sterne.

Haptische Halluzinationen wurden nur bei einem der hebephrenen Kranken bemerkt.

Stimmenhören stand auch bei den beiden "Pfropfpsychosen" als führendes Symptom im Vordergrund.

Bei den asthenischen Jugendlichen ergab sich kein Hinweis auf halluzinatorische Erlebnisse.

Eine ausgeprägte Wahnhalluzinose (Dermatozoenwahn) konnte bei einem Jugendlichen aus der Gruppe Verdacht auf Schizophrenie beobachtet werden. Er merkte angeblich, daß ihm Geißeltiere vom After auf die Eichel kriechen und ihn dort beißen würden.

Bei den sieben Patienten, die bei der Entlassung als paranoide Schizophrene galten, lag in jedem Fall halluzinatorisches Erleben vor. Vier der Jugendlichen hatten akustische Halluzinationen, einer optische und akustische Halluzinationen, ein weiterer akustische, optische und haptische, und der letzte gustatorische und akustische Halluzinationen.

Auch von den Patienten aus der Gruppe Abhängigkeit von Drogen und Genußmitteln wurden Halluzinationen bestätigt. Ein Jugendlicher hatte bei Horrortrips optische und akustische Halluzinationen, zwei Alkoholkranke litten unter optischen und ein weiterer unter optischen, akustischen und taktilen Halluzinationen.

In der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen wurden keine Beobachtungen in dieser Richtung gemacht.

c) Antriebsveränderungen

Der Antrieb ist "eine jedem Verhalten zugrundeliegende, ungerichtete Kraft, welche die allgemeinste Voraussetzung für Denken, Fühlen und Handeln darstellt. Jede Persönlichkeit wird durch das ihr eigene Antriebsmuster entscheidend geprägt, der Lebenserfolg dadurch mitbestimmt" (U.H. Peters). Die erkrankten Jugendlichen wurden auf Antriebshemmung, -mangel, -steigerung oder -verarmung hin beobachtet.

In der Gruppe der hebephrenen Jugendlichen fiel eine Antriebsverarmung bei sieben Erkrankten auf, einer der Patienten wurde vom Untersucher sogar als vollkommen antriebslos bezeichnet, während ein weiterer eine deutliche Antriebssteigerung erkennen ließ.

Bei den "Pfropfpsychosen" war der eine Erkrankte deutlich antriebsvermindert, während der andere seinen gesteigerten Antrieb nicht steuern konnte und in seinem ganzen Verhalten dadurch sehr umtriebig wirkte.

Bei allen vier asthenischen Jugendlichen wurde ausdrücklich auf einen Antriebsmangel hingewiesen. Nur bei einem der Erkrankten wurde eine deutliche Besserung bei Entlassung festgestellt.

In den Krankenblättern der 35 Suchterkrankten wurde bei zwei Jugendlichen ein Antriebsmangel,

bei einem eine -hemmung und bei einem weiteren eine vollständige Apathie verzeichnet. Alle weiteren Patienten dieser Gruppe schienen in ihrem Antrieb unbeeinträchtigt.

Bei den sechs Jugendlichen, die eine abnorme Entwicklung durchliefen, fand sich zweimal der Hinweis auf einen Antriebsmangel, zweimal wurde von wechselndem Antrieb gesprochen, bei den beiden letzten wurde der Antrieb als normal bezeichnet.

Keine Auffälligkeiten in Bezug auf das Antriebsmuster konnten bei den 17 Jugendlichen, die mit Selbstmordversuchen eingeliefert wurden, beobachtet werden. Bei den neun weiteren Erkrankten aus der großen Gruppe Pubertätskrisen und verwandte Störungen wurde einmal auf eine deutliche Antriebshemmung und ein weiteres Mal auf einen Antriebsmangel hingewiesen.

d) Aggressivität

Angriffslustiges Verhalten und verbale Aggression wurden bei den vielen untersuchten Jugendlichen häufig beobachtet.

Bei den hebephrenen Kranken wurde bei vier Jugendlichen auf eine hochgradige Aggressivität hingewiesen, einer davon schlug seinem Vater ein Glas aus der Hand, schlug seine Mutter und würgte sie. Ein Erkrankter dieser Gruppe zeigte sich besonders verbal aggressiv, bei

einem anderen wechselte sich Aggressivität dauernd mit Schüchternheit und Verzagtheit ab.

Die beiden Jugendlichen mit der Diagnose "Pifropfpsychose" wurden als besonders angriffslustig und feindselig beschrieben. Der eine beschädigte während seines stationären Aufenthaltes eine Wand im Krankenzimmer und griff Mitpatienten an, der andere entlud seine Aggressivität hauptsächlich auf seinen Vater, den er wüst beschimpfte und beleidigte.

Die Aggressivität spielte bei den Patienten mit autochthoner Asthenie eine untergeordnete Rolle. Lediglich ein Kranker dieser Gruppe hatte aus unerfindlichen Gründen zuhause seine Gitarre kaputtgeschlagen.

In der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen der Persönlichkeitsentwicklung nehmen aggressive Tendenzen erwartungsgemäß einen breiteren Raum ein. Dreizehn Jugendliche wurden hier als besonders aggressiv eingestuft. Die Palette der Aggressionen reichte hier von dauernder Streitsucht mit Eltern, Geschwistern oder Freunden bis zum Würgen eines Klassenkameraden bis zur Bewußtlosigkeit und zum Legen von Brand und Zerschneiden von Fahrradreifen.

Auch bei acht der 35 süchtigen Jugendlichen wurde eine erhöhte Aggressionstendenz

beschrieben mit dauernder Streitsucht, Randalieren, Bedrohung mit Messer, bzw. Spielzeugpistole und Demolieren von Autos. Dies geschah teilweise in betrunkenem Zustand oder aber um sich Geld für die benötigte Droge zu beschaffen.

e) Autoaggression - Suizidabsichten, Suizidversuche

Die Absicht, das eigene Leben zu zerstören oder zu beenden wurde nur von zwei hebephrenen Jugendlichen geäußert. Der eine hatte bereits versucht, sich mit Rasierklingen die Pulsadern aufzuschneiden, während der andere drohte, sich von einem Felsen in der näheren Umgebung zu stürzen.

Die beiden Jugendlichen mit "Pfropfpsychosen" zeigten in dieser Hinsicht keine Auffälligkeiten. Dagegen äußerten alle vier Astheniker langjährige Suizidgedanken, die zwar nicht dauernd vorherrschten, aber doch immer wiederkehrten.

In der Gruppe der Pubertätskrisen, zu der auch die Jugendlichen mit Selbstmordversuchen zählen, war die Anzahl der autoaggressiven Handlungen naturgemäß sehr hoch. Insgesamt 23 der 32 Kranken hatten einen oder mehrere Selbstmordversuche unternommen oder hegten selbstzerstörerische Gedanken, während bei den 35 Sucht-Erkrankten nur fünf suizidale Absichten hatten.

f) Depressivität

Klagen über eine gedrückte Stimmungslage tauchten in den Krankenblättern bei allen untersuchten Gruppen recht häufig auf. Mehrere Patienten gaben bei der Exploration zu erkennen, daß sie von Kindheit an "traurig" gestimmt waren.

In der Gruppe der hebephrenen Patienten sagte ein Patient, daß er meist traurig und depressiv verstimmt sei, ein weiterer hatte angeblich depressive Phasen, bei denen er ca. eine Woche im Bett liege und dauernd weine. Ein dritter meinte, er sei seit seiner Kindheit "traurig". Ein vierter fühlte sich unter Neuroleptika-Behandlung depressiv verstimmt. Alle weiteren Patienten dieser Gruppe litten angeblich nicht unter depressiven Verstimmungen. Auch bei den beiden Patienten, bei denen eine "Pfropfpsychose" diagnostiziert wurde, ergab sich kein Hinweis auf eine depressive Stimmungslage.

Im Gegensatz hierzu standen die Aussagen in der Gruppe der autochthonen Asthenien. Alle vier Jugendlichen schätzten sich als depressiv ein. Der eine sei seit Kindheit depressiv gewesen, zwei litten ab und zu unter depressiver Verstimmung, der vierte war schon sechsmal stationär in einem auswärtigen Krankenhaus wegen anhaltender Depression und gleichzeitigen Suicidabsichten.

In der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen fielen 25 % der Patienten (8 Personen) mit depressiver Stimmungslage auf, darunter ein Jugendlicher mit periodenweiser Verstimmung und drei mit deutlich depressiver Stimmungslage.

Erstaunlich wenige, nämlich nur vier Patienten der 35 Sucht-Erkrankten, klagten über ab und zu auftretende leichte depressive Verstimmungen. Alle anderen schlossen depressive Zustände bei sich aus.

g) Angstzustände

Angstzustände treten im menschlichen Leben sehr häufig auf, sind bei einem Gesunden aber einfühlbar auf ein Objekt oder eine Situation bezogen, während sie bei Erkrankten oft nicht nachvollziehbar sind oder objektiv unbegründet erscheinen.

Besonders bei den an einer Psychose Erkrankten löste das Unerklärliche, das sich in ihnen abspielte, häufig Angsterlebnisse aus. Sie fühlten sich durch die Umgebung, durch böse Gesichter, durch Polizei oder Ärzte bedroht, hatten Angst, in Tiere verwandelt oder umgebracht zu werden. Sieben der hebephrenen Patienten gaben ihre Angst deutlich zu erkennen, hatten teilweise Angst, daß sie selber ihren Mitmenschen Böses antun könnten.

Zunehmende Ängstlichkeit war auch bei einem der Jugendlichen mit "Pfropfpsychose" von den Eltern beobachtet worden, ohne daß er selber sich dazu äußern konnte.

Bei den vier Jugendlichen mit autochthoner Asthenie spielte die Angst keine wesentliche Rolle. Lediglich ein Erkrankter litt unter einer unbestimmbaren Angst, die er sich nicht erklären konnte.

Angstzustände waren auch in der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Entwicklungsstörungen nicht häufig anzutreffen. Die Patienten konnten hier durchweg die Situation oder das Objekt ihrer Angst nennen. Drei Jugendliche hatten schwere Angst vor Prüfungen oder neuen Situationen, einer vor Gewalttätigkeit und Menschenansammlungen, zwei weitere dauernde Angst vor Bestrafung durch die Eltern. Ein hypochondrischer Patient litt unter der Angst, daß ihm während der Arbeit an seinem Körper Schaden zugefügt würde und er eventuell schwer erkrankte. Bei allen übrigen Patienten traten keine nennenswerten Angstzustände auf.

Bei den Sucht-Erkrankten stand die Angst in eindeutigen Zusammenhang mit dem Genuß, bzw. dem Entzug der Droge. Nur fünf der 35 Jugendlichen gaben an, unter starken Ängsten zu leiden. Einer erlebte panische Angst bei einem Horrortrip, ein weiterer entwickelte zunehmende

Angst, so daß er nachts bei seiner Mutter schlief. Bei einem Erkrankten traten Angstzustände besonders nach Injektionen auf, und einer fürchtete, umgebracht zu werden. Der fünfte trank angeblich, weil er Angst vor dem Sterben hatte.

h) Konzentrations- und Leistungsminderung

Konzentrationsstörungen und Leistungsminierungen, die den Eltern oder Angehörigen aufgefallen waren, bildeten oft den Anlaß, die Jugendlichen einem Arzt vorzustellen oder sie in die Klinik einzuweisen.

In der Gruppe der hebephrenen Patienten fielen bei zehn Erkrankten Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall in Schule oder Ausbildungsbereich auf. Es wurde mehrmals von einem deutlichen Leistungsknick gesprochen, der mit Beginn der Erkrankung einherging. Die Jugendlichen hatten Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, weil sie durch Stimmen gestört, die Gedanken entzogen wurden oder die Gedanken abrissen.

Bei den "Pfropfpsychosen" fiel bei einem der Jugendlichen auf, daß er ab der 6. Volksschulklasse einen erheblichen Leistungseinbruch aufwies, jedes Wort zweimal lesen mußte und nichts behalten konnte. Der zweite Erkrankte war auf Grund seiner Deblilität überhaupt nicht fähig, lesen, schreiben oder rechnen zu erlernen.

Über anhaltenden Konzentrationsmangel und Leistungsschwäche klagten alle vier asthenischer Patienten. Sie fühlten sich durch ihre dauernden körperlichen Beschwerden, wie z.B. anhaltende Kopfschmerzen, so beeinträchtigt, daß sie keine Ausdauer oder stetige Leistungen erbringen konnten.

Die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, wurde bei fünf Patienten aus der Gruppe Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung besonders hervorgehoben. Verwandte oder die Kranken selber sprachen von "Gedanken woanders haben, Vergeßlichkeit, leicht ablenkbar, zerstreut, durcheinander oder Getriebensein". Mangelnde Leistungen erbrachten zehn der Jugendlichen dieser Gruppe. Ein Patient erklärte die fehlende Leistungsfähigkeit durch zu hohe Erwartungen der Eltern, ein weiterer hatte Prüfungsangst, ein anderer überhaupt kein Interesse für Schule oder Ausbildung. Bei zwei Jugendlichen fiel die Leistung durch dauerndes Weglaufen oder Schuleschwänzen ab.

Durch dauernden Drogenmißbrauch konnten elf Süchtige keine Leistungen erbringen oder mußten die Ausbildungsstellen und Schulen wechseln oder verlassen. Es fiel auf, daß die meisten Alkoholiker einer geregelten Arbeit nachgingen, bzw. ihre Ausbildung beendeten.

i) Kontaktstörungen

Die Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen herzustellen oder sie zu pflegen war bei sechs der hebephrenen Patienten während ihrer Erkrankung erheblich beeinträchtigt. Sie zogen sich zurück, sperrten sich ein, konnten sich nicht mitteilen und wirkten auf andere sehr abweisend. Kontakt mit ihnen herzustellen gelang nur sehr schwer. Auch einer der beiden Jugendlichen mit "Pfropfpsychose" wurde als sehr kontaktarm beschrieben. Er hatte keine Kameraden oder Freunde mehr.

Drei der vier Astheniker klagten über Kontaktarmut, einer davon über periodenweise auftretende Kontaktschwierigkeiten, während der letzte angeblich keinerlei Schwierigkeiten hatte.

Kontaktunfähigkeit, Einzelgängertum und Isolationsbestrebungen wurden bei zehn Jugendlichen der Gruppe Pubertätskrisen festgestellt. Einer davon litt so sehr darunter, daß er, wenn er allein war und sich einsam fühlte, "durchdrehte" und z.B. sein Zimmer in Brand steckte, um die Aufmerksamkeit seiner Umgebung wachzurütteln.

Bei den drogenabhängigen Jugendlichen spielte die Kontaktschwäche nach eigenen Aussagen eine untergeordnete Rolle. Lediglich zwei Alkoholiker tranken sich regelmäßig Mut an, um mit anderen ins Gespräch zu kommen.

k) Körperliche Symptomatik

Die körperliche Symptomatik stand besonders bei allen vier asthenischen Patienten im Vordergrund. Hier wurde über Kopfschmerzen, Mattigkeit, abdominelle Beschwerden, Schlaflosigkeit, Atemnot bei Belastung, Augentränen und Miktionsstörungen geklagt.

Auch in den anderen Gruppen spielte körperliches Unwohlsein eine z.T. nicht unerhebliche Rolle. Zwei der hebephrenen Patienten klagten über Schlaflosigkeit. Bei der Exploration stellte sich heraus, daß ihr Schlaf durch das dauernde Stimmenhören beeinträchtigt wurde. Außerdem fanden sich bei zwei Patienten Kopfschmerzen, bei einem Nachtschweiß und bei einem weiteren Jugendlichen Diarrhoe. Bei den beiden "Pfropfpsychosen" fiel lediglich bei einem Erkrankten auf, daß er Bettnässer war.

In der Gruppe der Sucht-Erkrankten hingen die körperlichen Beschwerden mit dem Entzug der Drogen zusammen. Im Vordergrund standen dabei Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gliederschmerzen, Schweißausbrüche, diffuse Schmerzzustände, Zittern, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Diarrhoe und zerebrale Krampfanfälle. Nur zwölf Patienten aus dieser Gruppe waren völlig beschwerdefrei.

In der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen fielen die 17 Patienten

mit Selbstmordversuchen in dieser Hinsicht heraus. Sie klagten nicht über körperliche Beschwerden. Nur bei einem konnte Bettnässen beobachtet werden. Bei den sechs Patienten mit abnormer Entwicklung litten fünf unter Kopfschmerzen, Schwindelzuständen, Atemnot, Müdigkeit, Schlafstörungen und sog. "Kreislaufstörungen". Bei den übrigen neun Jugendlichen aus dieser großen Gruppe klagten vier Patienten über vorwiegend abdominelle Beschwerden wie Obstipation, Bauchschmerzen und Fettunverträglichkeit, zwei davon auch über Herzbeschwerden. Doch standen die körperlichen Mißempfindungen nicht im Vordergrund.

V. Diskussion

Die "Minus-Symptome" psychischer Störungen im Jugendalter sind vielfältig und lassen sich keineswegs für eine bestimmte Krankheitsgruppe genau abgrenzen. Es läßt sich kein Schema mit einem deutlichen Überwiegen psychopathologischer Kriterien aufstellen, anhand dessen man einen Jugendlichen von vornherein der Diagnose autochthone Asthenie, Hebephrenie oder Pubertätskrise zuordnen könnte.

Autochthone Asthenie

Wie schon J. Glatzel in seiner Arbeit über autochthone Asthenien berichtete, gelingt meist die Abgrenzung gegenüber der zyklischen Depression mit einiger Sicherheit. Bei unseren an autochthoner Asthenie Erkrankten standen im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes somatische Beschwerden, wie sie bereits ausführlich beschrieben wurden, sowie fehlender Antrieb, Konzentrationsmangel, Leistungsschwäche und Depressivität.

Der Krankheitsverlauf war jeweils schleichend mit langsamer Progredienz. Während des stationären Aufenthaltes konnte eine mäßige Besserung bei allen vier Patienten

verzeichnet werden, doch bestand meist ungenügende Krankheitseinsicht. Die Jugendlichen blieben größtenteils auf ihre somatischen Beschwerden fixiert.

Bei nur einem Patienten wurde ausdrücklich vermerkt, daß auch der Antrieb bei Entlassung einen deutlichen Aufwärtstrend anzeigte. Inwieweit diese Tendenz anhielt, wird bei W. Meyer in seiner katamnestischen Untersuchung nachzulesen sein.

Im Gegensatz zu den hebephrenen Patienten, bei denen die weitaus meisten Jugendlichen unter Wahnsymptomatik und Halluzinationen litten, konnte dies bei unseren vier Patienten völlig ausgeschlossen werden. Sie setzten sich damit deutlich vom Krankheitsbild der endogenen Psychose i.S. einer Schizophrenie ab. Ebenso ergab sich bei keinem ein Anhalt für eine echte endogene Depression. Es wurde zwar von allen vier Jugendlichen übereinstimmend über eine depressive Stimmungslage geklagt, doch fehlten jeweils die Tagesschwankungen der Stimmung. Die anhaltenden körperlichen Beschwerden, Konzentrationsstörungen und Leistungsminderung wurden als Ursache der Depression von den Patienten angegeben. Die Kranken empfanden sich als körperlich und nicht seelisch krank und waren sehr enttäuscht, daß man bei ihnen keine organische Ursache ihrer Beschwerden finden konnte.

Hebephrenie

Die psychopathologische Symptomatik bei den hebephrenen Jugendlichen war besonders durch das häufige Auftreten von Wahnerlebnissen (bei elf der fünfzehn Patienten) gekennzeichnet. Diese Häufigkeit deckt sich auch mit den Ergebnissen von R. Lempp, der in einer Untersuchung von Kindern und Jugendlichen an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik bei 20 von 29 Kindern und Jugendlichen Wahnhinhalte oder wahnhaftige Befürchtungen beobachtete.

Außerdem klagten bei uns fünf Patienten darüber, daß ihre Gedanken im Augenblick des Gedachtwerdens von anderen gleichzeitig mitgeußt und zwei darüber, daß ihre Gedanken entzogen würden.

Im Gegensatz zu R. Lempp's Feststellungen, daß Halluzinationen relativ selten sind, wurde bei zwei Dritteln unserer Jugendlichen über vorwiegend akustische Halluzinationen berichtet. Zwei Erkrankte hatten zusätzlich optische, einer haptische Halluzinationen. Exogene Ursachen dieser Symptomatik wie Gehirnkrankungen, Intoxikationen oder sonstige Erkrankungen wurden jeweils ausgeschlossen.

Antriebsverarmung war ein nächsthäufiges Symptom: bei insgesamt acht Jugendlichen wurde hierüber berichtet, während ein Er-

krankter eine deutliche Antriebssteigerung aufwies.

Ein weiteres häufiges Symptom bei den hebephrenen Kranken war die Angst. Im Vergleich zu den anderen untersuchten Gruppen lag hier die Anzahl der Patienten, die unter unbestimmbarer Angst litten, signifikant hoch. Es bestand eine deutliche Beziehung zwischen der Wahnsymptomatik und den Angsterlebnissen.

Tiefe Angst löst häufig Aggressionen aus. Der Hebephrene, der sich wirklichen oder vermeintlichen Angriffen und Bedrohungen ausgesetzt fühlt, reagiert häufig mit Aggressionen, um seine Angst zu beseitigen. Bei vier unserer Jugendlichen wurde ausdrücklich auf eine erhöhte Aggressivität hingewiesen, die teils ungerichtet, teils auf eine Person (z.B. Vater) bezogen war.

Autoaggressives Verhalten wurde dagegen nur bei zwei Patienten beobachtet, wobei nur einer bereits versucht hatte, seinem Leben ein Ende zu setzen, während der andere nur mit dem Gedanken spielte.

Konzentrationsstörungen und dadurch bedingte Leistungsminderungen traten bei zwei Dritteln

der hebephrenen Jugendlichen auf. Sie waren oft erstes alarmierendes Symptom der beginnenden oder schon fortgeschrittenen Erkrankung. Bisher gute Schüler zeigten einen erheblichen Leistungseinbruch, den sich Lehrer und Eltern nicht erklären konnten und öfter als Folge einer Pubertätskrise fehldeuteten.

Gefühlsstörungen, die sich auch nach außen als fehlender affektiver "ontakt äußern können, zählt E. Bleuler zu den Grundsymptomen der Schizophrenie. Gerade das Überwiegen affektiver Symptome spricht für die Zuordnung zur Untergruppe Hebephrenie. Bei unseren Jugendlichen wurde bei sechs Patienten ausdrücklich auf die Unfähigkeit, affektiven Kontakt aufzunehmen, hingewiesen.

Körperliche Symptome standen bei zwei Hebephrenen in eindeutigem Zusammenhang mit der Erkrankung: Schlafstörungen durch Stimmenhören. Eine erhöhte Krankheitsbereitschaft oder auffällige körperliche Beschwerden konnten jedoch nicht eruiert werden. Insgesamt waren die hebephrenen Jugendlichen körperlich gesund.

Zusammenfassend läßt sich über die 15 hebephrenen Patienten sagen, daß bei ihnen Wahngeschehen, Halluzinationen, Antriebsminderung, Kontaktstörungen, Angst und Aggressivität als Hauptsymptome auftraten.

"Pfropfpsychosen"

Der Anteil der "Pfropfpsychosen" am Gesamt-
krankengut war verschwindend klein. Die bei-
den Erkrankten wiesen eine deutliche intel-
lektuelle Defizienz auf (Gesamt-IQ von 51,
bzw. von 83). Sie litten unter Wahneinfällen
und akustischen Halluzinationen. Während der
eine antriebsarm erschien, fiel beim anderen
eine Antriebssteigerung auf. Beide wurden als
besonders aggressiv beschrieben, bei beiden
traten erhebliche Erregungszustände auf.

Die Leistungsfähigkeit, die durch die gei-
stige Defizienz bereits stark eingeschränkt
war, wurde bei den beiden Erkrankten durch
das psychotische Erleben noch deutlich ge-
mindert.

Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

Pubertätskrisen mit Verstimmungszuständen,
abnormen Entwicklungen und Verhaltensstörun-
gen sind oft schwierig gegen beginnende Hebe-
phrenien abzugrenzen. Vielfach bringt erst
der günstigere Verlauf der Erkrankung eine
eindeutige Zuordnung des Krankheitsbildes.

Bei unseren 32 Patienten, die in dieser Gruppe zusammengefaßt wurden, waren Aggression und Autoaggression die am häufigsten beobachteten Symptome. Dreizehn Jugendliche wurden als besonders aggressiv eingestuft, 23 hatten bereits einen oder mehrere Suicidversuche hinter sich oder spielten mit dem Gedanken, einen Selbstmord zu begehen. Inwieweit diese Versuche ernsthaften oder demonstrativen Charakter hatten, konnte aufgrund der Krankenblattaufzeichnungen nicht geklärt werden.

Auffallend viele, nämlich 25 % der Jugendlichen, wurden als depressiv beschrieben, ohne daß sich Hinweise für eine endogene oder somatogene Ursachen ergaben. Depressive Stimmungslagen wechselten sich häufig mit aggressiven Verstimmungen ab. Es treten jedoch Stimmungsschwankungen schon normalerweise gehäuft in der Krisenzeit der Pubertät auf, in der der Jugendliche auf der Suche nach seiner Identität ist und sich sowohl in seinem Inneren als auch in seiner Umgebung zahlreichen Schwierigkeiten ausgesetzt sieht.

In engem Zusammenhang mit den sich häufig wechselnden Stimmungslagen steht auch der Wechsel im Antrieb. Mangelnder Antrieb wurde bei drei Patienten beklagt, zwei zeigten wechselnden Antrieb, bei einem fiel eine Antriebshemmung auf.

Im vorausgehenden Kapitel wurde bereits beschrieben, daß Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall, sowie Kontaktunfähigkeit und Isolationsbestrebungen bei den Jugendlichen dieser Gruppe in erhöhtem Maße auftraten. Diese Symptome werden häufig als zu einer beginnenden Hebephrenie gehörend fehlgedeutet.

Die körperliche Symptomatik erinnerte teilweise an die Beschwerden der Astheniker, stand jedoch im Verhältnis zur übrigen Symptomatik sehr im Hintergrund.

Trotz der unterschiedlich stark ausgeprägten jeweiligen Symptomatik in den einzelnen Krankheitsgruppen ähneln sich zu bestimmten Zeiten im Erkrankungsverlauf die Erscheinungsbilder. Es ist deshalb sehr wichtig, ein möglichst umfassendes Bild von den biographischen und situativen Gegebenheiten bei Anbruch der Erkrankung zu gewinnen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie steht im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie noch in ihren Anfängen. Man ging und geht auch oft noch von den Begriffen der Erwachsenenpsychiatrie aus und wendet sie unbesehen auf die kindlichen und jugendlichen psychischen und psychotischen Phänomene an. Hier wirkt sich besonders nachteilig die insgesamt vergleichsweise niedrige Zahl erfahrener Jugendpsychiater aus.

So wird vielleicht allzu häufig die sozial schwerwiegende Diagnose Schizophrenie gestellt und damit das zukünftige Leben des Jugendlichen und der gesamten Familie entscheidend beeinflußt. Es kommt weiterhin noch erschwerend hinzu, daß die Möglichkeiten, die heute bestehen, wie z.B. Familientherapie, psychologische Beratungsstellen, ungenügend genutzt werden, da sie teilweise dem Einzelnen unbekannt sind, teilweise erhebliche Wartezeiten bestehen und überdies noch häufig mißkreditierende Äußerungen fallen, wenn das Wort Psychotherapie ausgesprochen wird.

Die Psychotherapie im Jugendalter ist zudem noch ein besonderes Problem, weil sie methodisch schwer anwendbar ist. Kleinere Kinder sind im allgemeinen viel eher bereit, zu verabredeten Stunden zu Gesprächen oder Spielen zu erscheinen. Beim jugendlichen Menschen besteht eine altersgemäße Scheu, sich einem anderen gegenüber zu öffnen. Ebenso kann man eine eigentliche Erwachsenentherapie mit einem Jugendlichen noch nicht beginnen.

Gerade im Jugendalter, das in sich schon krisenimmanent ist, ist es wichtig, ausreichende Weichenstellungen durch ärztliche Betreuung zu geben.

Das Verhalten unserer Jugendlichen, ganz gleich aus welcher Erkrankungsgruppe, gliedert sich oft einem Notruf an die Umgebung, möglichst rasch zu helfen. Die Familienverbände werden weitgehend überfordert, rasche Hilfe in Anspruch zu nehmen. So nur

kann man sich erklären, daß das Erstmanifestationsalter der Beschwerden im Schnitt 1 1/2 Jahre unter der Ersteinweisung lag.

Dem Hausarzt als Betreuer der gesamten Familie und Kenner der familiären Situation fällt hier eine besondere Aufgabe zu, möglichst rasch zu reagieren, eventuelle Fehlentwicklungen im Anfangsstadium zu erkennen. Dabei soll nicht unterschätzt werden, wie schwierig die Situation für ihn ist. Die meisten Familien sind darauf bedacht, nach außen einen intakten Verband zu repräsentieren, der erst durch eine erhebliche Eskalation der krankhaften Symptomatik aufgerissen wird. Erschwerend kommt noch hinzu, daß das Normalverhalten Pubertätierender oder Jugendlicher für Erwachsene oft nicht leicht einsehbar und erklärbar und daher gegen krankhaftes Verhalten schwer abzugrenzen ist.

Selbst einem Jugendpsychiater fällt die Unterscheidung zwischen Pubertätskrise, autochthoner Asthenie und Schizophrenie oft nicht leicht, da die in der Erwachsenenpsychiatrie geforderten Symptome ersten Ranges nach Kurt Schneider selten so deutlich zu beobachten sind. Er ist häufig vollkommen auf die Beobachtung des Verlaufs angewiesen und muß diesem die Entscheidung über die Diagnose überlassen. Bei unseren Jugendlichen, die der Diagnose Schizophrenie unterstellt wurden, fanden sich laut Krankenblättern eindeutig Symptome ersten Ranges. Ob sich die Diagnosen Pubertätskrise oder Autochthone Asthenie aufrecht erhalten lassen, wird durch eine gründliche katamnestische Untersuchung zu prüfen sein.

Die Prognose des jeweiligen juvenilen Insuffizienzsyndroms hängt vom tatsächlichen Krankheitsbild, von der Symptomintensität, der Symptomdauer und einer rechtzeitigen effektiven Behandlung ab.

In der Therapie der Pubertätskrisen reicht die Palette der Möglichkeiten - je nach Schweregrad der Erkrankung - von der praktischen Beratung des Jugendlichen und seiner Bezugspersonen (Alleinberatung des Jugendlichen, Getrenntberatung der Eltern, gemeinsame Beratung der Eltern, Eltern und Jugendlicher zusammen) über psychagogisch-psychotherapeutische Kurztherapie bis zur psychoanalytischen Behandlung. Eine symptomorientierte psychopharmakologische Behandlung kann zur Unterstützung der vorgenannten Möglichkeiten herangezogen werden. Zu Beginn der Pubertätskrise helfen oft schon Erziehungsberatungs- oder andere psychologische Beratungsstellen ausreichend, um aus eventuellen Konfliktsituationen herauszufinden. Drohende Suicidgefahr jedoch ist immer eine absolute Indikation, den Jugendlichen einer stationären psychiatrischen Behandlung zuzuführen.

Bei der autochthonen Asthenie ist in erster Linie sorgfältig eine somatische Ursache der Beschwerden auszuschließen. Auch hier sollte der Jugendliche und seine Eltern intensiv beraten, sportliche Betätigung, autogenes Training und eventuell eine Psychotherapie gefordert werden.

Die Therapie der Schizophrenie im Jugendalter entspricht weitgehend der des Erwachsenen. Hier steht noch als wichtigste Therapieform die Anwendung von Psychopharmaka im Vordergrund. Dabei richtet sich die Wahl der Medikamente nach den sogenannten Zielsymptomen.

Doch sollte neben Pharmaka nicht der intensive persönliche Kontakt des Arztes zum Patienten vergessen werden.

Ziel jeglicher angestrebten Therapie muß sein, den Jugendlichen aus seiner momentanen Krisensituation herauszubringen und ihm zu helfen, sich wieder im jeweiligen Familien- oder Ausbildungsbereich zurechtzufinden. Hier genügt oft nicht die Behandlung des Erkrankten, sondern es muß eine ausführliche Beratung der Familienmitglieder durch psychiatrische Sozialarbeiter, die eventuell auch weiterhin den Kontakt aufrechterhalten, angeschlossen werden.

Zu den nötigen Rehabilitationsmaßnahmen gehört vor allem der Versuch der Wiederherstellung einer vertrauensvollen Basis der gegenseitigen Beziehung im Zusammenleben. Gerade bei den schizophrenen Jugendlichen bestehen oft erhebliche Konflikte und Ängste in der Familie. Manchmal wäre es vollkommen falsch, den behandelten Erkrankten in das Ausgangsmilieu zurückzubringen.

Von einem großen Teil unserer stationär behandelten jungen Patienten wurde die Schul- oder Lehrausbildung unterbrochen. Nach der Entlassung aus der Klinik besteht somit häufig die Problematik, eine geeignete Schule, Ausbildungs- oder Arbeitsstelle zu finden. Besteht von der Erkrankung her noch ein mehr oder weniger ausgeprägter Defekt, wodurch der Jugendliche seine bisherige Ausbildung nicht wieder aufnehmen kann, so wäre es nötig, eine beschützende Werkstätte zu finden, die seinen Möglichkeiten Rechnung trägt. Doch gibt es leider noch viel zu wenige dieser Heime, die den Ausbildungsbedürfnissen solcher Jugendlicher angepaßt sind und wo eine weitere psychiatrische Betreuung gewährleistet ist.

Siebzehn Jugendliche in der Gruppe der Pubertätskrisen und verwandter Störungen der Persönlichkeitsentwicklung wurden wegen eines Selbstmordversuches eingewiesen. Nachdem bei solchen Patienten eine erhöhte Rückfallquote (bis zu 20 %) besteht, sind neben Eltern, Lehrern und Sozialarbeitern besonders die Ärzte in hohem Maße für die Suicidprophylaxe verantwortlich. "Die Aufgaben der Therapie liegen in der Bekämpfung der Ursachen durch Verhütung und Vorbeugung einer neurotischen Fehlentwicklung und rechtzeitigen Erkennung des präsuicidalen Syndroms, d.h. in einer sorgfältigen psychiatrischen Diagnostik, in praktischer Sozialarbeit, Elternberatung und Einzelfallhilfe bis zur antidepressiven und psychotherapeutischen Behandlung" (G. Nissen).

Auf das Gebiet des Drogenmißbrauchs und der Drogenabhängigkeit ist die Öffentlichkeit inzwischen durch die Zunahme der Todesfälle durch Einnahme von Drogen, die Zunahme der Drogenabhängigen und die Vorverlagerung der Altersgrenze eindeutig hingewiesen worden. Hier kann man sich zur Beratung an die Aktion Jugendschutz, die Hauptstelle und die Landesstellen gegen Suchtgefahren, die verschiedenen Jugendämter, örtliche Drogenberatungsstellen, örtliche psychiatrische Krankenhäuser, den Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher oder an die verschiedenen Laien- und Selbsthilfegruppen wenden. Die eigentliche Therapie sollte in vier Stufen erfolgen: 1. stationäre körperliche Entgiftung, 2. stationäre Gruppentherapie und Aktivierung des Erkrankten, 3. Wiedereingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsprozeß (evtl. über Nachtklinik, Übergangs- und Dauerwohnheim) und 4. nachgehende Betreuung über Jahre. Ohne diese Nachbetreuung beträgt die Rückfallquote fast 100 %.

Eine solche Behandlung ist außergewöhnlich personalintensiv. Gemessen an der Zahl der benötigten Möglichkeiten wirken die bei uns in Deutschland vorhandenen wie ein Tropfen auf den heißen Stein. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß sich gerade in diesem Arbeitsbereich eine grosse Resignation ausbreitet.

Frühzeitige Erkennung des Insuffizienzsyndroms, gründliche Diagnostik unter Abwägung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten, gezielte Therapie mit Einbeziehung der Familie und Nachbetreuung des Jugendlichen können eine effektive Hilfe bieten, dem einzelnen Jugendlichen in seiner jeweiligen Krisensituation zu helfen und für ihn die richtigen Weichen für sein weiteres Leben zu stellen.

VI. Zusammenfassung

Mit dieser Untersuchung zur Phänomenologie juveniler Insuffizienzsyndrome sollten Bestandsaufnahme und eine psychopathologische Beschreibung von Jugendlichen gegeben werden, die in der Zeit vom 1.1.72 bis 31.12.75 zum erstenmal auf der psychiatrischen Männerabteilung der Universitäts-Nervenlinik Erlangen stationär behandelt wurden und den "Krankheitseinheiten" Hebephrenien, "Pfropfpsychosen", autochthone Asthenien, Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung entsprachen. Gleichzeitig wurde von uns versucht, differentialdiagnostische psychopathologische Kriterien herauszuarbeiten, die eine Hilfe bei der Zuordnung zu den einzelnen Krankheitsbildern bieten sollten.

Die herausragende Symptomatik der Patienten, die bei der Entlassung der Diagnose autochthone Asthenie unterstellt wurden, bestand in Leibgefühlsstörungen, Konzentrationsmangel, Depressivität, fehlendem Antrieb und Leistungsschwäche. Es läßt sich häufig sehr schwer unterscheiden, ob eine beginnende Hebephrenie oder eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung vorliegt, während eine Abgrenzung zur endogenen Depression meist leichter gelingt.

Im Vordergrund der psychopathologischen Symptomatik der von uns untersuchten hebephrenen Jugendlichen standen Realitätsbezugsstörungen wie Wahnsymptomatik, Denkstörungen, Halluzinationen und Angsterlebnisse. Weiterhin fanden sich gehäuft Antriebsverarmung, Konzentrationsstörungen, Leistungsminderung und fehlender affektiver Kontakt. Im Gegensatz zu den asthenischen Jugendlichen fühlten sich die hebephrenen Erkrankten körperlich weitgehend gesund.

Die beiden "Pfropfpsychotiker" fielen durch eine deutliche intellektuelle Defizienz, Wahneinfälle, Halluzinationen und gesteigerte motorische Unruhe, sowie Aggressivität auf. Die Diagnose ließ sich leicht durch das Vorliegen von Symptomen ersten Ranges nach K. Schneider und die erhebliche Minderung der beiden Patienten stellen.

Schwierigkeiten in der Diagnostik bereitete dagegen die inhomogene Gruppe der 32 Jugendlichen, die von uns unter dem Überbegriff Pubertätskrisen und verwandte Störungen der Persönlichkeitsentwicklung zusammengefaßt wurden. Hier beeindruckte besonders die hohe Zahl der Suizidversuche, sowie erhöhte Aggressionsneigung, Depressivität,

Kontaktunfähigkeit, Isolationsbestrebungen, Konzentrationsstörungen und Leistungsminderung.

Eine gründlich erhobene Anamnese mit gewissenhafter Einbeziehung des sozialen Umfeldes sowie eine Überwachung des weiteren Verlaufes der Erkrankung oder Fehlentwicklung werden wohl die besten Möglichkeiten bieten, die Diagnose zu rechtfertigen oder sie gegebenenfalls zu revidieren.

VII. Literaturverzeichnis

BATESON, G., JACKSON, D.D., LAING, R.D., LIDZ, T., WYNNE, C.C. u.a.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1971.

BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 13. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975.

FREUD, A.: Probleme der Pubertät. Psyche 1-24 (1960/61)

GLATZEL, J.: Autochthone Asthenien - Verlaufsfiguren jugendlicher Versagenszustände. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40 (1972), 596.

HARBAUER, H., LEMPP, R., NISSEN, G., STRUNK, P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2. überarb. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1974.

JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1965.

KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien. Thieme, Stuttgart 1949.

LEMPP, R.: Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1973.

LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. 2. Aufl., Rotapfel, Zürich, Stuttgart 1964.

OERTER, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. 11. Aufl., Ludwig Auer, Donauwörth 1972.

PETERS, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1971.

SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 10. unveränd. Aufl., Thieme, Stuttgart 1973.

STROTZKA, H.: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. überarb. u. erweiterte Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1978.

STUTTE, H.: Psychotische Störungen bei kindlichen Oligophrenien. Jahrb. Jugendpsychiatrie Grenzgeb. 6 (1967), 181.

WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriss. 3. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.

Ich danke Herrn Professor Dr. R. Baer sehr herzlich für die freundliche Überlassung des Themas, sowie für seine wertvollen Anregungen und für die Übernahme des Referats.

Herrn Professor Dr. H. Daun danke ich für die Übernahme des Korreferats.

L E E E A S I A J F

Ich wurde am 19. Juni 1945 als Tochter des technischen Angestellten Ottmar Breitweg und seiner Ehefrau Emma, geb. Fleckenstein, in Faulbach a/M geboren. Im August 1976 heiratete ich den Architekten Georg Wild aus Nürnberg.

Nach siebenjährigem Besuch der Volksschule in Faulbach ging ich an die Antonie Werr-Realschule im Kloster Oberzell bei Würzburg, die ich 1961 mit der Mittleren Reife abschloß. Von 1961 bis 1965 besuchte ich die Missionschool in Neuenbeken, die ich mit dem General Certificate of Education der Universität Oxford beendete. Ab 1968 besuchte ich das St. Ursula-Gymnasium in Würzburg, wo ich 1971 mein Abitur bestand.

Das Studium der Medizin begann ich im Wintersemester 1971/72 an der Universität Erlangen-Nürnberg. Im August 1972 legte ich dort das Vorphysikum, im März 1974 das Physikum erfolgreich ab.

Den klinischen Teil meines Studiums schloß ich an der gleichen Universität mit der Ärztlichen Prüfung im April 1978 ab. Die Approbation erhielt ich im Mai 1978.

Vom 1.6.1978 bis 30.6.1980 war ich als Assistenzärztin unter Herrn Dr. B. Leniger in der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Lauf angestellt. Seit 1.7.1980 arbeite ich als Assistenzärztin bei Herrn Professor Dr. H. Sessner in der 1. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg.

